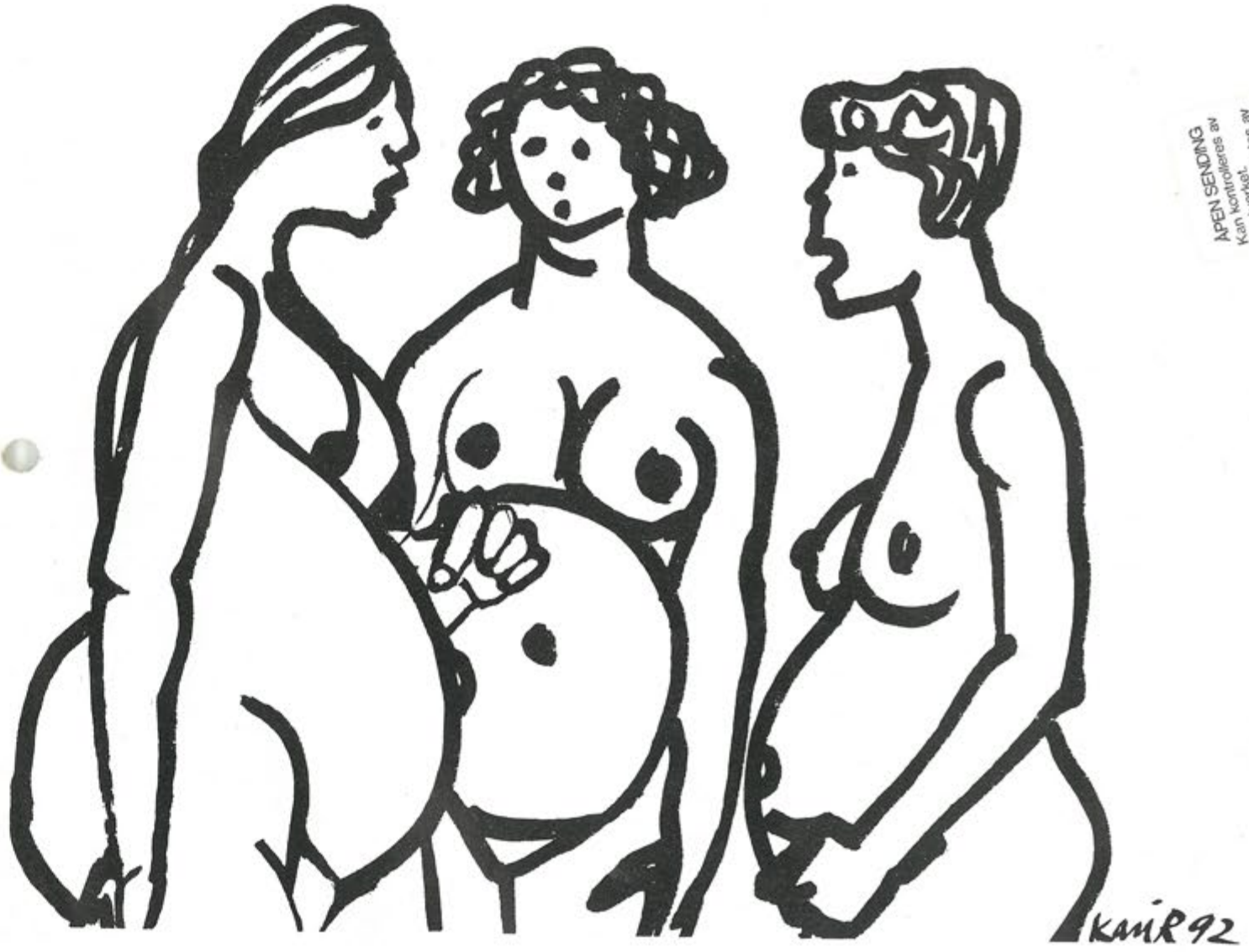
UTPOSTEN

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

NUMMER 6 1992 ÅRGANG 21



ÅPEN SENDING
Kan kontrolleres av
Postverket.
Etiketten kan tas av
Etiketten på igjen.

Tema: Svangerskap

Illustrasjonene i dette nummeret er laget av Kari Rolfsen

Redaksjonen er avsluttet 15.08.92

UTPOSTEN - Blad for allmenn- og samfunnsmedisin, 5890 Lærdal. Bankgiro 3838.06.01025, Postgiro 0809 4 89 92 90

Gunn Aadland	Mette Brekke	Marit Hafting	Kirsti Malterud	Åsa Rytter Evensen	Janecke Thesen
Lundvågen 20	2640 VINSTRA	Nedre Båstadvei 4	Seksjon for allmennmedisin	Ullernveien 20 B	5890 LÆRDAL
4085 HUNDVÅG		1370 ASKER	Ulriksdal 8c	0280 OSLO 2	
			5009 BERGEN		
K: 04 508900	K: 062 90100	K: 02 124600	K: 05 206133	K: 02 559210	K: 056 66100
P: 04 861236	P: 062 91010	P: 02 781872	P: 05 233955	P: 02 521788	P: 056 69333

Abonnement: kr 250,- pr år, henvendelse Utposten, Lærdal Layout og originaloppsett (DTP): Idéfo, Voss Trykk: Voss Offset
Annonser: RMR, Sjøbergveien 32, 2050 Jessheim, telefon 06 97 32 22
Kurs- og fagannonser: Idéfo, Postboks 254, 5701 Voss, telefon 05 51 02 55, telefax 05 51 02 98 ISSN 0800-5680

leder

Fra svangerskaps-kontroll til svanger-skapsomsorg, men hva så ...

I begynnelsen av 1980 årene slo meldingen om at den perinatale dødeligheten var høyere i Norge enn i Norden forøvrig, ned som en bombe i det selvtilfredse Helse-Norge. Norden har svært lav perinatal dødelighet, og forskjellene mellom landene vil derfor være ganske marginale, og i ettertid kan man si at det var meldingens psykologiske effekt - på jumboplass i Norden! - mer enn den perinatale dødeligheten som sådan, som førte til handling.

For handlet ble det med helsepolitiske diskusjoner og fagutvikling. Det ble fra departementalt hold utarbeidet en NOU 1984 om svangeskapsomsorgen i Norge. Det var en grundig gjennomgang av det medisinske innholdet i svangerskapskontrollen. Den resulterte i Handlingsprogrammet og Helsekort for gravide. For første gang hadde vi allmennpraktikere et dokument som beskrev hva svangerskapskontrollene skulle inneholde. Det opplevdes som en trygghet for mange av oss. Vi oppdaget også at det vi hadde putlet med som best vi kunne, faktisk ikke var så langt unna handlingsprogrammet. Etterhvert kom allmennpraktikerseriens bok om svangerskapskontroll som var en hendig og nyttig oppslagsbok til kontorbruk. På fylkesplan ble det startet Perinatalkomiteer som fikk som mandat å overvåke den perinatale dødelighet. Denne offentlige utredningen ble også brukt som grunnlagsmateriale for teknologisk utvikling på området. Ultralydscreening og fostervannsdiagnostikk ble allment tilgjengelige.

Samtidig kom signaler fra de gravide og enkelte fagmiljøer med fokusering på andre verdier. Slagord som "Gi oss fødselen tilbake" dukket opp i kvinnemiljøer. Dette var forløperen til "Fødsel i fokus" - bevegelsen som kom som et sunt mottrekk til en høyteknologisk utvikling på dette området.

Tilsynelatende er det to tendenser i tiden. På den ene siden en fokusering på medisinsk sikkerhet for mor og barn med bruk av høyteknologisk medisin og høyt spesialisert utstyr: Den perinatale dødeligheten skal ned! Samtidig en økende bevissthet på svangerskap og fødsel som livskriser med mulighet for vekst, men og for varige sår i familiens sjel. Ønsket om å trekke helsestasjoner og jordmødre inn i svangerskapsomsorgen har hatt en begrunnelse om en mer helhetlig omsorg. Det er ikke forskningsresultater som her ligger til grunn men en helsepolitisk diskusjon mer basert på ideologi.

Siste utgaven av Svangerskapsomsorg i Allmennpraksis (1) prøver å forene disse to tendensene. Den har kapitler om svangerskapet som livsfase og møte med den gravide, samtidig som den har beholdt preget av oppslagsbok for dagliglivsmedisinen. Det argumenteres sterkt i boka for at man skal følge Handlingsprogrammet fordi det er et nyttig redskap ved evaluering av omsorgen. Det spørs om den enkelte gravide synes det er god nok begrunnelse for blod- og urinprøve ved hver kontroll?

Backe et al har i Oppland foretatt en evaluering av svangerskapsomsorgen ved å sammenholde helsekortene og svangerskapsutfallet hos 1900 gravide (2). De finner at kontrollopplegget sannsynligvis har liten betyd-

⇒

ning for svangerskapsutfallet. Det har vært vanlig å bruke perinatal dødelighet som uttrykk for resultatet av svangerskapsomsorgen, til tross for at perinatal dødelighet kanskje påvirkes mer av sosiale forhold og samfunnsforhold generelt. Forfatterne peker på behov for å utvikle andre kvalitetsmål for å evaluere omsorgen. De gjør også en kost-effektivitetsanalyse av svangerskapsomsorgen som en screening på obstetrisk og perinatal risikosykdom. De finner at det er et svært dyrt screeningprogram. I begge bøker advares det mot sykeliggjøring av den gravide og å prege ventetiden til foreldrene med angstfylt verstefallstenkning. Det blir sagt at på sikt kan kanskje den gravide og partneren foreta kontrollene selv, med lege og jordmor som konsulenter.

Vi mener det ikke i dagens situasjon er klok politikk å foreslå redusert antall kontroller, men er helt enige i at det blir viktig å revurdere innholdet i omsorgen. Den store helserisikoen for nyfødte barn i Norge i dag er omsorgssvikt i løpet av barneårene. Mange skal vokse opp i oppløste hjem, foreldre som ikke har sosialt og mentalt overskudd til foreldrerollen. Det er overfor denne helsetrusselen det forebyggende helsearbeidet for barn må videreutbygges. Da blir det viktig å ta vare på nøytrale arenaer med hevdvunnen tradisjon. Evalueringen viser at det er så godt som 100% oppslutning om svangerskapskontrollene. Utfordringen blir å utnytte den posisjonen svangerskapskontrollen gir oss til å bygge sterke følelsesmessige bånd mellom foreldre og barn som kan holde når vanskelighetene melder seg.(3) For å oppnå dette må vi være lydhøre for familiens egne tanker om gode levekår for småbarnsfamilier i Norge.

1. Bergsjø P, Førde R, Sjøli SI, Telje J, Thesen J. Svangerskapsomsorg i allmennpraksis. Oslo: Universitetsforlaget, 1991
2: Backe B, Herland R, Jacobsen G, Nakling J, Tandberg A, Telje J, Øverlie BN. Evaluering av svangerskapsomsorgen. NIS-rapport 3/91, Trondheim: Kommuneforlaget, 1991
3. Sundby J, Schei B. Fødsel på foreldre og barns premisser. Tidsskr Nor Lægeforen 1992; 112: 21 14-5

Gunn Aadland

Gunn Aadland

Marit Hafting

Marit Hafting
ansvarlig redaktører for dette nummer

Nå er du her, min mørke skog

Ei uro. Som tikkinga frå ein vidunderleg maskin.
I mørket. I rommet ved sida. Du har vakna, du ser
på meg: "Det er nå". Herre, det er tida, tenker eg,
hjarta slår. Som tikkinga frå ein vidunderleg maskin -
Eller havet. Mot stranda, rytmisk, ugjenkalleleg.
Og du, i dine bårer, gyngande mot lyset.

"Det steig ei susing, som eit fluttfugl-fylgje
sveiv rundt og ut um alle ævehav
med du låg liljelett på iblå bylgje
som draumediser leidde inn og av"

Vi har blitt sett i rørsle, tikkinga
lar seg avlese i pust, puls, muskelfibrane
si samantrekking. Vi er eit sòg i tilveret
og åra rasar framom. Sorger, vonbrot, alt
vi drøymde om, det samlast i eit nå.
Er bilens jamne dur mot morgonen ei ferd mot angst?
Det er eit ukjent land, men det er verkeleg.

Du grip mi hand, og mi hand svarar.
Signal. Nervetrådar, eg kjenner havet
gripe i deg som i ein farkost.
Og den himmelske maskinen!
Vi er snart framme.

Vi stig ombord i sjukehusets skip, på plass
i mellom kvite vegger, du er strekt ut og glor
på slangar, måleinstrument og aluminium.
Du er ein krets av vatn i rørsle, havet
som du kom ifrå fyller snart si båre, vatnet går.

Eg kjenner meg i vegen, men eg veit eg er nødvendig,
sit ved sengekanten litt tafatt når du blir kvit
i ansiktet av smertene. Hald i meg! Ja! Ja,
eg er her og blir sittande. Høyrer du
det tikkar? Høyrer du kor klokka slår?

Som med ein damphammars uavvendelege presisjon -
veene. Jordmor lyttar med sin store tut,
det tar si tid å åpne, vi må vente -
vente slik som vi har venta månader og år.
Men dei har sikre rørsler vevt i sine hender.
Du blir tatt vare på, dei kan sin jobb.
Nå er ekstasens gylne skugge nesten her,
forventninga sin lange veg er slutt.

Som før eit slag. Du blir reist opp. Du pustar
djupare og klemmer handa mi. Du presser og blir pressa.
Eg grip om akslene og leitar etter rytmen, pust nå,
slik og slik. På panna glimtar smertene,
eg prøver lindre med ein kjøleg klut,
du pustar tungt igjen og blodet samlar seg i sentrum.
Forløysarane kikkar med bestemte, vakne augo
og det vidunderleges tikking blir så nær
at lyden dunkar som ei tromme. Eg ser
ei hovudform, ein lokk av hår, det flør
og glir tilbake mens du trykker på
som gjeld det livet. Det står om livet.

Som tida står. Som visarane svirrar rundt
på veggen av seg sjølv, foruten tid. Hald ut,
gi ikkje opp, hald ut og press!
Eg sprengest, held om akslene og held
om rytmen; pust djupt og press, press på!
Du hikstar i ei ri og stønnar - Greier ikkje meir.
Det er ei bønn, eit skrik, må denne kalk -
eg held det ikkje ut! På ny tar hovudskallen
spenntak inn mot livet - og glir tilbake.

"Eg trur at vi må klyppe meir?"
Ingen snakkar, augo seier det som trengs
og jordmor grip si butte saks, ein rasp
av det nødvendige metall mot kjøtet.

Er det tårer eller sveite? Rommet pustar stilt,
eg stryk den svale kluten over kinnet
og kjenner bølgja kome, grip om akslene, pustar
djupt og presser - Brått, som kroppens sukk,
som all mi tid blir samla mellom rommets vegger,
eit blåraudt hovud mellom liv og død;
legen konsentrerer seg intenst,
du brukar siste rest av vilje,
der akslene og der glir kroppen inn i dagen
med ein sakte klask av fødselsvatn og blod.

Navlestrengen klypt i to.
Maskinens himmellyd er borte. Han er her.
Rommet gyngar og eg held i sengekarmen.
Barnet får ein dunk i ryggen og skriket
åpnar rommet, eit sprøtt signal om liv.
Vi gret, vi ler, du har ein duft av honning
i din kvite smil, du åpnar famnen.
Ein liten bylt blir lagt til kroppen,
skriket stoggar, rommet roar seg.

Dagen funklar gjennomskinleg over oss som nåden.
Eg hugsar at du etterpå sa til meg; kjenn her,
kjenn dette. Og tok på meg med fingeren.
Det var det feittet som beskyttar barnets hud.
Eg kjende at vi begge var blitt salva.

Tor Obrestad
(Fra Misteltein)

Svangerskapsomsorg i forandring

Erfaringer fra en samarbeidsmodell mellom leger og jordmor i en gruppepraksis i en bykommune

Eli Brevig
f. 1955. Cand. med. fra Trondheim 1980. Turnustjeneste i Kongsvinger og Sør-Aurdal. Allmennpraktiker, solo , i Sør-Odal 1984-90. Spesialist i allmennmedisin fra 1990. Siste 2 år jobbet ved Gågata legesenter i Kongsvinger.

Arne Eikås
f. 1947. Eksamen fra Oslo 1976. Turnustjeneste FSH Ålesund og Ibestad distrikt. I primærhelsetjenesten fra 1977, siste 4 år ved Gågata legesenter. Spesialist i allmennmedisin. Fra 011092 rådgivende overlege ved trygdekontor.

Eli Berg
f. 1947. Eksamen fra Oslo 1972. Turnustjeneste i Volda og på Hareid. Arbeidet i primærhelsetjenesten i Kongsvinger siden 1975, siste 4-5 år ved Gågata legesenter. Spesialist i allmennmedisin.

Vi var 3 leger som i utgangspunktet syntes vi gjorde en god jobb med de gravide. Vi var interessert i forebyggende helsearbeid og hadde forståelse for viktigheten av tiden rundt et svangerskap. Vi følte ikke at vi hadde gjort et venstrehåndsarbeid.

Bakgrunn

Det sokner mange unge mennesker til vår praksis, og derfor har vi til enhver tid mange gravide. Enkelte kontordager kunne vi ha opptil 1/3 belagt med svangerskapskontroller. Vi hadde også lange ventelister på ordinære timer. Dette kombinert med god erfaring med tverrfaglig samarbeid generelt, gjorde at vi begynte å tenke på å ansette en jordmor i praksisen. Vi forventet dessuten at det ville høyne kvaliteten på svangerskapsomsorgen hos oss.

Like etter at ideen var luftet, ringte en av de ledende jordmødrene på lokalsykehuset og spurte om vi kunne tenke oss en jordmor i svangerskapsomsorgen.
- Og dermed var det hele i gang.

Praktisk organisering og gjennomføring

Vi er alle tre spesialister i allmennmedisin med driftstilskuddsklasse III. Kommunen er en by med ca. 17.000 innbyggere. Vårt lokalsykehus har ca. 600 fødsler pr. år. Fødeavdelingen har innarbeidet ultralydundersøkelse av alle gravide som ønsker det ved ca. 18 ukers svangerskap. I tillegg har de tilbud om en jordmorsamtale og omvisning på fødeavdelingen ved ca. 36 uker.

Jordmoren som ble ansatt hos oss i 1990, beholdt halv stilling på fødeavdelingen og fikk 2 dager i uka ved vårt senter. I starten var vi usikre på hvor mange kontroller legene skulle beholde og hvor mange ganger jordmor skulle ha de gravide. Vi ønsket å fylle 2 hele dager for henne. Utfra antall gravi-

de i praksisen og antall forventet nygravide, samt endel justeringer etter de første månedene, er vi kommet fram til en arbeidsfordeling. Legene har den første og den andre konsultasjonen, samt møter de vordende foreldre ved ca. 36. uke. På etterkontrollen møter foreldrene både jordmor og lege. De øvrige kontrollene har jordmor alene.

Jordmor har eget kontor og et lite venterom innenfor praksisen. Vi er altså under felles tak og kan ta kontakt med hverandre ved behov,- noe som skjer jevnlig. Jordmors arbeidsdag hos oss starter med et morgenmøte hvor dagens gravide gjennomgåes. Ved dagens slutt har vi igjen en gjennomgang av journalene sammen.- Jordmor er å betrakte som en 4. kollega i praksisen. Hun nyter godt av de samme resepsjons- og laboratorietjenestene som legene.

Hva synes de gravide om jordmor på senteret?

42 flergangsfødende, som både har erfart det gamle systemet med kun lege i svangerskapskontrollen og nå har hatt både lege og jordmor, fikk tilsendt et spørreskjema. De ble spurt om en rekke kvaliteter ved kontrollene, deres egne forventninger og erfaringer. 32 personer returnerte skjemaet. Svarene viser klart at jordmor i svangerskapet,- og da i samarbeid med allmennpraktikeren-, blir foretrukket framfor det gamle systemet med bare lege. De gravide føler seg bedre tatt vare på, føler seg tryggere og synes at terskelen for å ta opp ulike spørsmål er lavere. De er mer fortrolige med valgmuligheter mht. fødestillinger og andre fødselsrelaterte spørsmål, og de synes at de kjenner forholdene på fødeavdelingen på en annen måte.

I spørreskjemaet ble foreldrene også bedt om å belyse hvilken erfaring de hadde med gruppesamtaler i svangerskapet. Jordmor samler vordende foreldre 2 ganger i løpet av graviditeten. Gruppene ble verdsatt høyt,- og de flergangsfødende poengterte at de førstegangsgravide sikkert hadde spesielt stort utbytte av gruppesamlingene.

En tid før fødselen foretar helsesøster hjemmebesøk til de som ønsker det. Vi har fått signaler om at det er klar forskjell på de gravide før og etter at vi innførte modellen med jordmor i praksisen. De gravide virker bedre forberedt og mer tilfredse enn tidligere.

Hvor bør jordmor arbeide i primærhelsetjenesten?

Skal hun være tilknyttet bydelens helsestasjon eller et legesenter? I vår kommune er det, som i de fleste bykommuner, ikke sammenfall mellom den befolkning som sokner til en helsestasjon og de som bruker legekontoret som ligger i bydelen. Vi har hatt fritt legevalg, noe som har medført at bydelens legesenter har pasienter fra hele kommunen. Får vi et listepasientsystem, vil vi stå igjen med det samme problemet at vi ikke dekker samme befolkning i det forebyggende arbeidet på helsestasjonen og i legepraksisen.

Ved å knytte jordmor til helsestasjonen vil det lett kunne utvikle seg en særomsorg. Det kan bli vanskelig for jordmor å samarbeide med den legen den gravide vanligvis bruker. I vår bydel er bare en av legene helsestasjonslege, samt at våre gravide kommer fra flere bydeler.

Sentrale myndigheter legger opp til at jordmor i svangerskapsomsorgen skal knyttes til helsestasjonen. Vi mener utfra vår erfaring gjennom 2 år at vår modell med jordmor tilknyttet legesenteret har klare fordeler framfor helsestasjonsmodellen. Vi tror det er vesentlig at flere større kommuner prøver ut et opplegg med jordmor tilknyttet et legesenter. Ordningen bør så evalueres på lik linje med jordmor tilknyttet helsestasjonen. Deretter kan man så ta stilling til hvilken modell de ulike kommuner bør tilrådes.

❑

Svangerskapsomsorgen sett med en jordmors øyne

- En samarbeidsmodell -

Majsan Victorzon
40 år. Jordmor, 3-barnsmor, kone, gardkjerring, husmor, malemester osv. osv.

Av Majsan Victorzon

Innledning

Jordmødrene i Norge har i mange år jobbet intenst for å "få tilbake" sin del av svangerskapsomsorgen. Og nå ser det ut som om vi er på vei inn. Fra 1. januar-93 blir jordmortjenesten i kommunen en "skal-tjeneste".

Derfor føler jeg at vi nå bør glemme gamle diskusjoner om hvem som er best egnet til å ta vare på den gravide familien og begynne å samarbeide. Vi jordmødre har lenge kritisert legene for å være så "egenrådige" og må nå passe på at vi ikke faller i den samme grøften. Vår evne og vilje til samarbeid settes nå på prøve!

Den felles målsettingen bør være klar: Best mulig svangerskapsomsorg. Vi bør også kunne være enige om at en god svangerskapsomsorg er det beste forebyggende barnevernstiltak vi har,- det går faktisk an å sette inn tiltak før barnet er født!

Svangerskapsomsorgen på vårt senter

Min egen bakgrunn.
Jeg var ferdig utdannet jordmor i Finnland i 1976. Helt fram til høsten-90 har jeg jobbet mest på institusjon og størstedelen av tiden på Kongsvinger sjukehus. Her har vi en liten føde/barselavdeling med i underkant av 600 fødsler pr. år.

Nå hadde jeg nærmest gitt opp håpet om at jordmødrene i Norge skulle få del i svangerskapsomsorgen i min yrkesaktive del av livet. Nærmest på et innfall ringte jeg sommeren 1990 rundt til legesentrene i Kongsvinger og tilbød dem min tjeneste. Jeg hadde bestemt at dersom noen takket "ja", skulle jeg begynne der de først svarte. Det var bare ett senter som viste interesse, men der gikk det til gjengjeld raskt. I løpet av noen timer var jeg lovet jobb. Jeg ble ansatt 011190. Til å begynne med var jeg ansatt 2 dager pr.uke for 2 leger, nå er det 3 leger her. I tillegg til dette jobber jeg i halv stilling på fødeavdelingen.

Hvordan det var å begynne

Da jeg skulle begynne, følte jeg meg veldig famlende. Bare det at ordet svangerskapskontroll var byttet ut med svangerskapsomsorg, gjorde at det hele virket diffust og skremmende. Jeg forsøkte å prate med andre jordmødre som hadde drevet i omsorgen, men møtte et veldig hemmelighetskremmeri. Hva var nå denne omsorgen ? Skulle jeg klare dette? I tillegg fikk jeg en slags prestasjonsangst. Det var jo ikke nok at jeg skulle klare denne jobben,- jeg måtte jo gjøre det veldig bra for å bevise at vi jordmødre trengs i dette arbeidet.

Etterpå har jeg tenkt på hva det skyldes at det var så vanskelig å få tak i hva jordmødre gjør i svangerskapsomsorgen. Er de som driver med dette redde for konkurranse eller redde for å få kritikk? Uansett, jeg følte at jeg begynte på et nullpunkt og måtte lage et skjelett som jeg etterhvert har fått mere kjøtt på. I samarbeid med legene har vi utarbeidet vårt eget "grunnopplegg" som vi evaluerer og forandrer på etter behov.

Litt generelt om opplegget

Til å begynne med tenkte vi at den gravide skulle gå 4 ganger til legen og resten av tiden til jordmor. Ved etterkontrollen skulle hun innom oss begge. Dette har vi nå forandret litt på.

De 2 første kontrollene går hun bare til legen (ca. 8-10 uker og 1 måned senere). Oftest kjenner hun legen fra før, og det kan sikkert også være bra for henne å forholde seg til bare en person i begynnelsen av graviditeten. Samtidig får også legen bedre kontinuitet når hun/han treffer kvinnen 2 ganger etter hverandre.

Jeg treffer den gravide kvinnen første gang i ca. 16. uke. Jeg synes dette er et fint tidspunkt å komme inn på,- nå er den gravide over den største abortrisikoen og er mere "ordentlig" gravid. Hvis alt forløper normalt, går hun bare en gang til til legen, og det er i 36. uke.

To ganger i svangerskapet har jeg dem samlet i grupper. Jeg har da kvinner som har termin omtrent samtidig,- første gang i ca. 28. uke og andre gang ved ca. 36 uker. Gruppestørrelsen har variert fra 3-8 personer. Første gangen tar vi opp ting som amming, samliv, tanker rundt det å få barn i huset, søskensjalusi. Den andre gangen prater vi om rier, smerter, smertestillende, fødestillinger osv.

Begge gangene prøver jeg å få deltagerne til å prate mest mulig. Jeg opplever at det er de førstegangsfødende som har mest utbytte av gruppene, men at det også er flere flergangsfødende som synes det er nyttig og moro å fortelle om sine erfaringer. Av og til fungerer gruppen veldig godt, og av og til er det mere "tungrodd".

Noen av "mine" gravide treffer jeg jo også i selve fødselen. Det er helt fantastisk. Vi synes vi kjenner hverandre og behøver ikke å bruke tid på å finne ut hvordan vi vil ha det. De jeg ikke treffer på føde/barselavdelingen, ser jeg igjen på etterkontrollen. Denne delen er veldig viktig for meg. Jeg synes jeg får avsluttet prosessen og får en viss evaluering av det hele.

Jeg beregner 1/2 time pr. konsultasjon. Vi trenger såpass tid, og noen ønsker enda mere. Den gravide kan komme med ting som opptar henne, og jeg føler at jeg ikke hele tiden behøver å "kjøre mitt løp". Av og til er pappaer og/eller søsken med. Jeg anbefaler at den som skal være med på fødselen, kommer med i hvert fall en gang, spesielt hvis de ikke deltar på foreldreforberedende kurs. Hvordan det blir når søsken er med, er ganske avhengig av barnets alder. Jeg har litt leker og bøker på venterommet, men det kan likevel bli litt "masete" av og til.

Det er den gravide kvinnens hverdag jeg kommer i kontakt med, fra små til store problemer. De kan være alt fra den møkkete gummibuksa til alenemoren der hele nettverket må bygges opp rundt henne. Og det er delvis dette som gjør det så interessant,- at det er så individuelt. Jo lenger man driver, desto mer ser man helheten rundt den gravide.

Vi kobler også inn andre faggrupper etter behov. De mest aktuelle er helsesøster (som alltid får melding ved ca. 28 uker hvis den gravide samtykker), fysioterapeut og fagfolk fra barnevernet og sosialetaten.

De forskjellige kontrollene. Hva jeg vektlegger.

Ved alle kontroller tar jeg BT, vekt, SF-mål og lytter på fosteret. Blodprøver og urinprøver taes også. Kontrollene blir veldig individuelle, men dette er en oversikt over hva jeg prøver å komme innom.

Den første kontrollen hos meg ved ca. 16 uker

Denne gangen prøver jeg å bli litt kjent med henne. Jeg forteller litt om opplegget vårt og går igjennom helsekortet med henne. Vi prater litt om det å gå gravid,- ikke så mye plager, men hva hun synes om å gå gravid. Hvordan føler hun seg? Feit, stygg, fin, kvinnelig, som før? Kvinnens syn på sin egen kropp og de forandringer den skal igjennom, har mye å si for det videre forløpet. Jeg prøver å få dem til å bli stolte av kroppen sin, få dem til å tenke på hvor fint det er laget fra naturens side, få tillit til kroppen sin. Dette må bygges opp under hele svangerskapet.

Vi prater litt om ultralyd, om å kjenne liv, om samliv og om fysisk aktivitet.

Den andre kontrollen ved ca. 20 uker

Jeg spør litt om ultralydundersøkelsen. Terminen er av og til flyttet på. Var partneren hennes med, og hva syntes han? Synes hun ellers han stiller opp og er interessert ? (passe, for mye, for lite?)

Hvis hun ikke har en barnefar som stiller opp, har hun kanskje noen annen støtteperson?

Hva har hun for tanker om å føde? Har hun født før? Hvordan var det? Jeg har kommet til at det er fint å komme innom fødsel allerede så tidlig i svangerskapet. Det er litt lettere for meg å beregne hvor mye tid jeg senere skal bruke på samtale om fødsel. Noen har også ubearbeidede, negative erfaringer fra tidligere fødsler. Av og til får jeg tak i partogram, av og til er det bare tid som trengs. Vi prøver da i fellesskap å finne ut hva som var så ille sist.

⇒

Jern anbefales vanligvis først på dette tidspunktet.

Den tredje kontrollen ved ca. 24 uker

Denne gangen står amming øverst på programmet. Dette kan sikkert også virke tidlig, men jeg forklarer for dem at jeg synes det er viktig tidlig å tenke igjennom hvilken innstilling man har til amming. Her finnes alle varianter,- de som absolutt vil, de som trekker på skuldrene og sier "går det, så går det" og de som har bestemt seg for ikke å amme. Hvor motiverte de er, har mye å si for hvor mye startvansker og motgang de er rede til å ta.

Har de erfaring fra før? I så fall hvor lenge ammet de? Likte de å amme? Er det vanlig i deres familie? Har de venninner som har ammet? Jeg prøver å gi dem saklig opplysning og prater naturligvis varmt om amming. Men jeg prøver likevel å få henne til å føle at valget er hennes, og at jeg aksepterer henne for det valget hun gjør, bare det er vel gjennomtenkt.

Den fjerde kontrollen ved ca. 28 uker

Jeg tar opp litt spesielt om babyen på dette tidspunktet,- hvor stor den er osv. Vi prater litt om kynnere og premature rier.

Hvordan tror de det blir å få barn i huset? Hvordan synes de det ser ut med venner som har barn? Forberedelse av søsken tar vi også opp.

På dette tidspunktet sender jeg opplysninger til helsesøster, hvis den gravide samtykker.

Den femte kontrollen ved ca. 32 uker

Forventninger til fødselen, til partneren og til barnet er temaer denne gangen. Er hun engstelig? Jeg begynner å prate om rier, hva det er og om hvordan det kan føles.

Den sjette kontrollen ved ca. 34 uker

Vi fortsetter med rier og smerter. Jeg prøver å bevisstgjøre dem i forhold til fødselen og til barnet. Hvordan ønsker de at fødselen skal bli? Hvilke muligheter har de til å påvirke den? Hva kan de selv gjøre for å lette fødselen sin? Aktiv fødsel er målet! Jeg poengterer at man ikke har noen garanti for hvordan fødselen blir. Noen kan trenge sugekopp, andre tang eller sectio.

Kontrollene den siste måneden

Nå har de som oftest vært hos legen en gang igjen og på fødeavdelingen til prekontroll hos jordmor med omvisning. Vi prater litt rundt dette, og fortsetter ellers der vi slapp sist. Vi drøfter smertestillende, fødestillinger, utdrivningstiden og barseltiden.

På de siste kontrollene fram til terminen blir det ofte mye fødselsprat. Hvordan fødselen begynner opptar mange. De er redde for at de ikke skal vite når de skal reise til fødeavdelingen. Jeg prøver å oppmuntre dem til å spørre, tørre å si ifra. Dette gjelder både under fødselen og i barseltiden.

Ellers er det veldig individuelt hva de er mest opptatt av. Noen er mest redd for selve smerten, noen tenker mest på babyen, "at alt er som det skal", og andre igjen tenker mest på barn de har hjemme fra før.

Hvis de går over terminen, kommer de ofte hit en gang ekstra og blir så henvist til sykehuset ca. 10 dager over ultralydterminen.

Etterundersøkelsen

Denne foregår 6-7 uker etter fødselen. Det er veldig spennende og artig å treffe dem igjen. Jeg ber dem fortelle om fødselen og stiller spørsmål hvis de gjør seg raskt ferdig. Hvordan begynte det? Hvordan kjentes riene? osv. Når vi er ferdige med fødselen, tar vi barseltiden. Var de fornøyd med oppholdet? Fikk de den hjelp de trengte? Var det noe de ikke likte? Hvordan går ammingen, stellet av babyen, nattevåk, søsken? Har de tid til å være voksne ved siden av? Har de avlastning? Hva med samlivet? Ønsker de prevensjon?

Det som forbauser meg, er hvor åpne kvinnene ofte er. Den halvtimen vi har går ofte altfor raskt.- De går så videre inn til legen som tar over mine notater, utfører GU og ordner eventuelt med prevensjon.

Avslutning

Hvorfor jeg føler at vårt opplegg er så positivt:

- jeg føler at jeg står veldig fritt, samtidig som jeg hele tiden vet at legene er der, og at jeg kan rådføre meg med dem hvis jeg vil. Jeg føler at de stoler på meg, at jeg har hovedansvaret for de gravide. Jeg har deres "velsignelse".

- jeg synes at det er interessant med tverrfaglig samarbeid

- jeg har god kontakt med fødeavdelingen, siden jeg også jobber der

- de gravide får ordnet alt på ett sted, slikt som resepter, sykemeldinger etc.

- hvis den gravide trenger å prate med en lege, treffer hun sin egen lege. Det gir trygghet og kontinuitet

- det ser ut som om de gravide blir tryggere ved å komme i kontakt med jordmor. Helsesøstrene merker det, og vi merker det , også under fødselen og i barseltiden, (bl.a. ved valg av fødestillinger).

Jordmor
Majsan Victorzon
Gågata Legesenter
Kongsvinger

❑

Brosjyrer som deles ut ved svangerskapskontrollene

Ved 6-8 uker (hos legen)

- BAM- for deg som venter barn (Postboks 2517, Solli 0203 Oslo)
- Graviditet, fødsel og spebarnsstell 91/92 (Saba Mølnlycke A/S, Postboks 410, 3101 Tønsberg)
- Røykfritt svangerskap (Den norske kreftforening, Fr. Nansensv. 12, 0369 Oslo)
- Nei takk, jeg er gravid! (Rusmiddeldirektoratet)
- Informasjon om urinprøvetaking

Ved 10-12 uker (hos legen)

- Gravid! Spise for to? (Statens trykksakekspedisjon)
- Småbarnsforeldres rettigheter 1992 (Statens informasjonstjeneste, Postboks 8026, Dep., 0030 Oslo)
- Far. Dine rettigheter til omsorgspermisjon (Familie- og forbrukerdepartementet)

Ved 14-16 uker (hos jordmor)

- Om å leve sammen. Seksualitet.(koster litt) (Nasjonalforeningen for folkehelsen)
- Den gravide familien (koster litt) (Nasjonalforeningen for folkehelsen)

Ved 24 uker (hos jordmor)

- Hvordan du ammer ditt barn (koster litt) (Ammehjelpen, St. Olavsgt. 5, 0165 Oslo)
- Om å forebygge allergi i svangerskapet og første leveår (Norges astma- og allergiforbund, Industrigt. 36, 0357 Oslo)
- Søskensjalusi (kopiert artikkel)
- Utfyllingsskjema med personopplysninger. Sendes fødeavdelingen for journalskriving.

Ved 32 uker (hos jordmor)

- Anbefaler og viser boka "Leve med barn" av Lars H. Gustafsson (Helsedirektoratet 1987)
- Velkommen til fødeavdelingen. (Brosjyre for Kongsvinger sykehus)

Ved etterkontrollen

- Bekkenbunnstrening. Hvorfor? Hvordan? (Fysikalsk avdeling, Kongsvinger sjukehus, 2200 Kongsvinger)

Eventuelt deles ut:

- Bekkenplager (Landsforeningen for kvinner med bekkenløsningsplager c/o Norges Handicapforbund, Postboks 9217, Vaterland, 0134 Oslo)
- Svangerskap. Hvilestillinger. Råd ved bekkenløsning. Forslag til øvelser. (Nasjonalforeningen for folkehelsen)

Jordmor
Majsan Victorzon
Gågata Legesenter
Kongsvinger

❑

Jerntilskudd i svangerskapet

-et kontroversielt tema

Benedicte Eskeland, cand. med. Oslo 1985. Turnus i Florø. Fra 1987bydelslege i Bergen. Tilsammen 5 mnd Allmennpraktikerstipend i perioden -90 -92 i forbindelse med et prosjekt om jerntilskudd til gravide. Mange gravide i praksisen, samt personlig høy blodprosent og lav ferritin i tre ukompliserte svangerskap uten jernknasking gjorde henne nysgjerrig på jernets betydning i svangerskapet. P.t. vikar i kombistilling som bydelslege/vit.ass. ved Seksjon for Allmennmedisin, Universitetet i Bergen.

Av Benedicte Eskeland

Ibsens Doktor Stockman anslo at " en normalt bygget sannhet" hadde en levetid på høyst 20 år. Det er artig å ta et tilbakeblikk på anbefalinger om jerntilskudd til gravide på et slikt tidsrom bakover i tid: En norsk lærebok i obstetrikk fra 1972 definerte anemi i svangerskapet som Hb < 12. Det ble anbefalt å gi alle gravide jernprofylakse i doser på 60mg x3 fra 2. trimester, og behandle manifest jernmangelanemi med doser opptil *9 x 60mg* daglig (1). Autoritetstro må de kvinner ha vært som greide å fordøye slike kvantum!

De anbefalingene som offisielt gjelder i Norge i dag, er snart 10 år gamle (2). Profylaktisk jerntilskudd i doser på 50 -100 mg anbefales til alle gravide i 2. halvdel av svangerskapet. Hb foreslås som eneste rutine-blodprøve i svangerskapskontrollen, med tilegg av s-ferritinmåling hvis Hb er < 11 g/dl. Verdens helseorganisasjon definerer svangerskapsanemi som hemoglobinverdier under dette nivå. (3)

In blanko forskrivning av relativt store doser jern til gravide stammer fra etterkrigstiden. I befolkningsgrupper med utbredt jernmangel og dårlige muligheter for kartlegging av jernstatus er dette rasjonell ("cost-effective") medisin.
Men allerede i -65 stilte WHO seg kritiske til en slik praksis i land med gode ernæringsforhold (4). Jerntilskudd til gravide har siden vært et medisinsk kontrovers, tross (eller på grunn av?) stor forskningsaktivitet på jernstoffskiftet i svangerskapet.

Dette gjenspeiler seg i et mangfold av rutiner for forskrivning av jerntilskudd blandt norske allmennpraktikere (spørreus. blandt leger i Hordaland, upubl.data).

Jerntilskudd rutinemessig eller på indikasjon?

Argumenter brukt *for* jernprofylakse til alle gravide har vært:

- Enkelt og effektivt middel mot jernmangelanemi (5)
- Mindre fall i Hb - konsentrasjon når jerntilskudd gis (6)
- Flertallet av gravide som ikke tar jerntilskudd har tømte jernlager ved termin (6)
- jerntilskudd gjennom hele svangerskapet er billigere enn den enkleste diagnostikk av jernstatus (5)

Argumenter brukt *mot* jerntilskudd uavhengig av individuelle behov har vært:

- Det er ikke påvist forskjeller i svangerskapsutfall mellom grupper av gravide med og uten jerntilskudd (4,6,7) og
- Spedbarnets jernlager synes å fylles tilfredstillende enten mor får jern eller ikke, såfremt hun ikke er i ekstrem jerndeficit (4, 5)
- Det er ikke vist økt forekomst av svangerskapskomplikasjoner før Hb faller under 10 g/dl (6), men derimot at
- Det er en statistisk sammenheng mellom *høy* hemoglobin og svangerskapskomplikasjoner (6) og
- Det kan tenkes at jerntilskudd øker erytropoiesen utover det fysiologiske optimale svangerskapet (6,7) (teoretisk kunne dette skyldes de høye erytropoietin nivåer som er målt hos gravide (8)
- Jern interferere negativt med opptak av andre mineraler (7)
- Jerntilskudd gir ofte bivirkninger som vil forsterke svangerskapsplager som obstipasjon, kvalme og dårlig matlyst.
- Compliance kan være lav (4) og gjør defor ikke rutineforskrivning av jerntilskudd til et forsvarlig alternativ til å sjekke jernstatus hos den enkelte gravide
- Masseforskrivning av jerntabletter øker faren for at barn får tak i tabletter med stor forgiftningsfare.

Mitt valg blir å tilstrebe at den enkelte gravide inntar *minste tilstrekkelige dose* jern for å unngå å komme i negativ jernbalanse i løpet av graviditeten.

1. SJEKK JERNSTATUS
For å få en formening om det individuelle behovet for jerntilskudd må vi sjekke jernreservene til den gravide en gang før 20. uke, når fosterveksten og erytropoiesen tiltar (9)

S- ferritin er regnet for å være den mest pålitelige metode for å beregne jernstatus hos (friske) gravide (3,10). Grovt regnet svarer 1

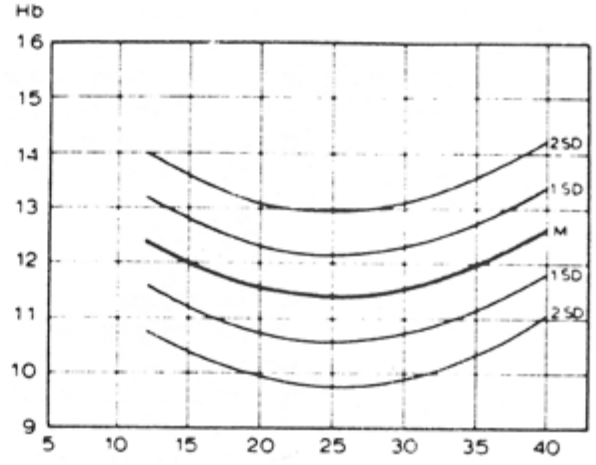


Fig. 1. Normal variation of the Hb level in nonanemic women with uncomplicated pregnancies and healthy newborns.
From: Koller O, Sanvei R, Sagen N. High Hemoglobin levels During Pregnancy and Fetal Risk. Int J Gynaecol Obstet 1980; 18:53-6

mikrog/l s-ferritin til 10 mg depotjern (11). Beregninger av jernbalansen i svangerskapet taler for at bare rundt halvparten av det totale behovet på ca 1000 mg vanligvis dekkes gjennom kosten (9). Det tilsier at alle kvinner med ferritin mindre enn 50 i første halvdel av svangerskapet (det gjelder de aller fleste (9,11)) har behov for ekstra jerntilskudd og eller økt jernandel i kosten.

Et tileggsmoment for ferritinscreening er at det sannsynligvis er lettere å motivere den gravide til å ta jerntilskudd eller "tenke kostjern" hvis hun vet at det er påkrevd nettopp for henne.

2. VURDER GRADEN AV HEMODILUSJON

Det er store individuelle forskjeller i graden av hemodilusjonen som fysiologisk finner sted i svangerskapet (12) . Det er derfor umulig å stille anemidiagnosen utifra en gitt hemoglobinverdi. Hos friske, ikke anemiske gravide med normalt svangerskapsutfall er imidlertid den longitudinelle hemoglobinkurven svakt uformet (Fig.1) med en minimumsverdi svarende til maksimal hemodilusjonsgrad i overgangen mellom 2. og tredje trimester. Ved å følge den enkelt gravides hemoglobinkurve i forhold til den "normalkurven" hun startet på, vil vi lett øyne evt. behov for anemiutredning eller få mistanke om en patologisk hemokonsentrasjon.
Graden av hemodilusjon er positivt korrelert til fødselsvekt og gunstig svangerskapsutfall (6) og Hb- faller bør være 8-12 % rundt 30. uke (Prof.Ulvik R, Haukeland s.h, forelesning -88) (Skjema av fig. 1 til journalbruk kan skaffes fra Kvinneklinikken på Haukeland sykehus.)

Selv om hemokonsentrasjon er en patologisk prosess uavhengig av jerntilgangen, er det ikke utelukket at jerntilskudd kan forverre prosessen som mistenkes å foringe den utero-placentære sirkulasjonen med mulig vekstretardasjon som følge (6). Ved utilstrekkelig Hb-fall, anbefales det derfor ikke å gi jerntilskudd, selv om ferritinmåling tyder på tømte jerndepot.

3. GI KOSTRÅD

1. Urkvinnen fikk sannsynligvis nok jern gjennom kosten. Den moderne kvinne har mindre ernergibehov og får dermed mindre kostjern (9).Det ideelle ville være å lære fertile kvinner å spise større andel jernrik kost, slik at de startet graviditeten med gode jernreserver. Sekundært bør vi legge større vekt på kostholdinformasjon til gravide. Det er et kapittel for seg, her gis bare noen stikkord:

- Hemjern som finnes i blod/kjøttprodukter har bedre biotilgjengelighet enn ikkehemjern (11,13)
- C-vit-kilde (juice/kålrabi) til måltidene øker absorbsjon av ikke- hemjern (11,13)
- Unngå te til måltid, det hemmer jernabsorbsjonen betydelig (13)
- De tradisjonelle " persille og rødbet" er kvantitativt sett ubetydelige jernkilder, mens annet grøntfor som grønnkål og spinat monner en del

4. EKSTRA JERNTILSKUDD

Jernabsorbsjonen øker suksessivt med det økende behovet gjennom 2. halvdel av svangerskapet (11) og absorbsjonen er prosentvis større jo mindre den tilførte dosen er (14). Det kan derfor være hensiktsmessig å starte med profylaktisk jerntilskudd til alle med jernlagre som beregnes utilstrekkelige til å dekke behovene. Slik kan de daglige dosene minimaliseres for å unngå bivirkninger. En nyere anbefaling foreslår 30mg daglig fra 20. uke hvis s-ferritin er over 20 i 1. trimester, tidligere start hvis ferritin er lavere (15).

Alternativt kan man gi god kostinformasjon og kontrollere s-ferritin på minst et senere tidspunkt i graviditeten (f.eks rundt 28. - 30. uke) og i tillegg ved Hb-fall som gir mistanke om anemiutvikling (jfr. fig.1). Er Hb- fallet større enn normalkurven skulle tilsi og ferritin samtidig < 15 (indikerer tomme jerndepot) gis anemibehandling med jerndoser i størrelsesorden 100mg daglig (7, 15).

⇒

Addendum

Da jeg ble født for noen og tredve år siden, ble min *mor* betraktet som "premieku" på grunn av sin flotte blodprosent nær hundre ved termin. Da *jeg* selv var ved termin med tilsvarende høy blodprosent ble fødsel forsøkt indusert på grunn av mistanke om hemokonsentrasjon. Hverken jeg eller min datter viste tegn til vekstretardasjon da vi kom til verden. For tredve år siden var man intetanende om mulige farer ved en høy blodprosent, de siste 10 år er man blitt så fokusert på denne faren at kanskje unødige inngrep iverksettes.
I mitt tilfelle ble det sannsynligvis ikke tatt tilstrekkelig hensyn til at min ikke-gravide hemoglobin ligger godt over 15 g/dl. Da er en Hb litt over 14 i slutten av graviditeten neppe patologisk.

Medisinske sannheter er kortlivete, og innen vi får konsensusuttalelser er kanskje "sannheten blitt så gammel, at den er på god vei til å bli en løgn", slik Doktor Stockman sa det for akkurat hundre år siden. Mens vi venter på at forskerne finner frem til den optimale jernstatus i svangerskapet, får vi utøve legekunstens skjønn overfor hver gravid især. Det er nok flere veier til Rom enn de som er opptegnet her.

Litteratur:

(Listen kunne vært adskillig mer omfattende, interesserte må gjerne ta kontakt med forfatteren)
1. Bjøro K, Molne K. Propedeutisk obstetrikk. Oslo: Universitetsforlaget, 1972.
2. Norges offentlige utredninger. Perinatal omsorg i Norge. NOU 1984:17.
3. Bentley DP. Iron metabolism and anemia in pregnancy. Clinics in Haematology 1990;2: 354-64.
4. Smail SA. Dietary supplements in pregnancy (Editorials). J Roya Coll Gen pract 1981;31: 707 -712.
5. Horn E. Iron and folate supplementation during pregnancy: Supplementing everyone treats those at risk and is cost effectiv. br Med J 1988;297: 1325-27.
6. Mahomed K, Hytten F. Iron and folate supplementation during pregnancy. In: Chalmers I, Enkin M, Keirse MJNC (eds). Effective Care in Pregnancy and Childbirth. Oxford: Oxford University Press 1989: 301-17.
7. Hemminki E, Rimpelæ U. A randomized Comparison og Routine versus selective Iron supplementation During Pregnancy. J Am Coll Nutr. 1991;10 (1):3 -10.
8. Mauss HJ. Erythropoietingehalt des Blutes in der Schwangerschaft. Zentrbl Gynæ 1964; 54:1817-20.
9. Hallberg L. Iron balance in pregnancy. In: Berger H (ed).Vitamins and minerals in pregnancy and lactation. New York: Nestle Nutrition Workshop Series 1988;16: 115-27.
10. Agha F. Serum ferritin in diagnosis of iron deficiency during pregnancy (Editorial). J.P.M.A. 1989; July: 171.
11. Herbert V.Recommended Dietary Intakes of Iron in Humans. Am j Clin Nutr 1987;45:679-86.
12. Liley AW. Chesley LC. Plasma and red cell volume during pregnancy. Am j Obste Gynecol 1972; 12(3): 440-50.
13. Bothwell TH et al. Iron metabolism in man.Oxford:Blacwell Scientific Publ., 1979.
14.Hahn PF et al. Iron metabolism in human pregnancy as studied with the radioactive isotope Fe 59*. Am J Obstet Gynecol 1951; 61(3): 477-86.
15. Halvorsen R, Borch-Iohnsen B. Jern og risikogrupper for jernmangel. Tidskr nor Lægeforen 1990; 29:110.

Bydelslege
Benedicte Eskeland
Seksjon for allmennmedisin
Ulriksdal 8c
5009 Bergen

En historie om et svangerskap

Hun var en ung kvinne på 22 år. Bak seg hadde hun en lang karriere med mislykkede forsøk - Hun hadde vokst opp først i fosterhjem og senere på barnehjem. Hun hadde avsluttet vanlig grunnskole med et nødskrik. Seinere hadde hun hatt kortvarige forsøk i arbeidslivet, som så hadde endt opp med uføresak i ung alder. Mellom linjene i hennes papirer kunne man nok lese at hun var en jente med små intellektuelle evner. Likevel hadde hun ikke blitt sett på som funksjonshemmet og fått tilbud i tråd med det. Nå bodde hun på byens Blå Kors hjem. Hun drakk ikke noe særlig selv. Hennes nære kontakter var byens garde av etablerte alkoholikere og offentlige sosialarbeidere i stort antall.

Det første møtet på kontoret var motvillig. Hun kom sammen med en ansatt på sosialkontoret, under en slags frivillig tvang. Det var lettere å følge med enn å nekte. Nå var hun 20 uker gravid. Et stort antall fagfolk hadde allerede engasjert seg i dette, og det ble også sagt fra sosialkontoret at man vurderte omsorgsovertagelse etter fødselen. Dette var hun blitt fortalt, men hadde lite å si til det.

Vi kom frem til en minste felles forståelse. Jeg skulle kontrollere henne og barnet. Jeg skulle også bidra til å forberede en smertefri fødsel. Hun fortalte at hun var livredd for smerter. Hun nektet meg å spørre om det vondeste - da ble hun stille og ville ikke snakke. Hun uteble fra timene dersom jeg hadde vært for nærgående i mine spørsmål.

Jeg var glad jeg hadde håndgrepene, målebåndet og blodtrykksapparatet. Så hadde vi et sted å starte på våre avtaletimer. Det var en kontrollørrolle som ble forventet av meg, fra sosialkontoret og kanskje også fra henne. Min pedagogiske rolle i svangerskapskontrollen var en ganske annen enn den jeg kjente fra før. Hun skulle forberedes på sorgen - Det å ikke få beholde barnet. Det var vanskelig å ta opp i sin helhet. Jeg kjente meg hjelpeløs som lege. Jeg hadde nok behov for en omsorgsrolle som jeg ikke klarte å fylle. Vi var tilsammen ca 10 fagpersoner. Det var godt utifra juridiske og faglige diskusjoner. Men på den annen side ble det mange for henne å forholde seg til.

Vi hadde våre avtaler på tomannshånd mens sosialarbeideren ventet på gangen utenfor kontoret. Svangerskapet utviklet seg ukomplisert som det heter i journalen. Endelig kom fødselen - hun hadde gått sitt livs tøffeste løp. Det var ingen mulig kamp å ta opp for henne. Barnet ble tatt fra henne, og hun kom tilbake til Blå Kors. Hun virket nærmest lettet etterpå.

Nå ser jeg henne på byens jernbanestasjon. Hun er ikke full selv, men de andre rundt henne er det. Hun vinker forsiktig - vi vet noe felles tross alt. Hun kommer innom kontoret med sine ryggsmerter eller småskader. Den vonde erfaringen vil hun sjelden snakke om - det er for vanskelig enda. Jeg som lege må akseptere det - Hun ønsker å ha hånd om sorgen selv.

Gunn Aadland ❑

Svangerskapskontroller i en internasjonal praksis

Birgit Lie. Embetseksamen Århus Universitet 1984. Etter turnus i Danmark flyttet hun til Norge i 1986. Fra 1988 kommunelege ved "Helsetjeneste for flyktninger og asylsøkere" i Kristiansand.

Av Birgit Lie

En graviditet er ingen sykdom, men man er sårbar og vår overfor omgivelsene. Usikkerhet og spenning omkring det som skal komme gjør behovet for faste rammer, trygghet og stabilitet viktig. Møtet med gravide kvinner fra andre kulturer er en spesiell utfordring og noen ganger et problem for helsepersonell.

Overgangsfaser.

Der er faser i livet hvor både sosiale roller endres og fysiske og psykiske forandringer finner sted som fødsel, pubertet, giftemål og død. En graviditet er en av de viktigste overgangsfaser for en kvinne. I alle kulturer er det knyttet ritualer til denne perioden. F. eks. må den gravide unngå noen typer mat og noen aktiviteter må hun holde seg fra. Ikke å bli tatt på alvor på dette, vil kunne bety tap av trygghet og tillit til at svangerskap og fødsel vil forløpe naturlig.

Flukt og forandring.

I mitt daglige arbeid møter jeg mange kvinner som har forlatt alt det kjente og trygge. De har vært på flukt, har vonde opplevelser bak seg og en usikker fremtid foran seg. De kommer fra alle kontinenter, de fleste fra kjente konfliktområder, men mange fra glemte. Der er kvinner som har levet i luksus i sitt hjemland eller som nomader, og der er byfolk og bondekoner. Noen er førstegangsfødende, andre flergangsfødende og noen har kun med det ufødte barnet mens resten av familien er drept eller borte. Det barnet de venter får en symbolverdi og en betydning som iblant kan anes, men ofte forblir uuttalt.

Vårt møte med det ukjente.

Hva bringer disse kvinnene med seg av behov, forventninger, tradisjoner, savn og ønsker? Hvordan kan vi møte disse slik at det oppleves "riktig" for dem?

Vi som norske leger, kan aldri bli indiske eller kinesiske "medisinmenn", men må være trygge på vår vestlige medisinske plattform. Vi bør ha vår egen kulturelle forankring i orden, før vi går inn i jungelen av kulturrelatert medisin. Ofte kan oppleves at det *vi* mener er riktig strider mot kvinnens syn på hvordan helsen i denne fasen skal opprettholdes. De ritualer hun ønsker å følge kan stride sterkt mot våre tradisjoner og oppfatninger omkring graviditet og fødsel. Det kan iblant være nyttig å huske på vår egen medisinske historie med gravides angst for å se harer ("hareskår") og ildebrann (naevus flammeus).

Følelsen av å bli ivaretatt ved svangerskapskontrollen er trygghetsskapende. Det kan øke motivasjonen for å følge opp kontrollene selv om det for svært mange kan være fremmed å gå til slike.

Journalen.

Utdannelse, yrke, religion og nasjonalitet er fire små rubrikker i journalen. Bak disse opplysninger ligger ofte kjernen til konflikter i det landet kvinnene er flyktet fra. Bakgrunnshistorien kan komme tilsyne her. En stor andel av flyktningekvinner og innvandrerkvinner har høyere utdannelse, men en finner også mange analfabeter i gruppen. I endel pakistanske og iranske grupper finner en relativt ofte slektskap mellom ektefellene.

Tidligere svangerskap, fødsler og barn: De aller fleste vil kunne si om de har fått "normalt" store barn og om disse er kommet til tiden. Det er viktig å få frem opplysninger om dødfødsler, aborter og om alle barna er med hit til landet. En kvinne opplevde mye angst under sin graviditet da den forrige fødsel var prematur under en dramatisk flukt. Flere av hennes symptomer som kvalme og svimmelhet ble betydelig svakere etter at hun fortalte om dette. En somalisk kvinne kom etter noe tid frem med at årsaken til hennes keisersnitt var at omskjæringen hadde ødelagt den normale fødselsvei.

Blodprøver kan iblant være vanskelig å få kvinnen med på å ta. I noen kulturer har blodet en særstilling. Det betraktes som uerstattelig og som bosted for menneskets kraft. En angst for å få ubalanse i kroppen eller miste kraft kan derfor ligge bak vegringen mot f. eks. å få tatt Rhesus og Wasserman undersøkelse og iblant også Hemoglobin. Min erfaring er at det lar seg gjøre hvis hun kan få tid til å lufte sin angst og

usikkerhet uten å føle det som et overgrep.

Sykdommer i svangerskapet. Det synes generelt ikke være større forskjell på den sykelighet en møter hos denne gruppen kvinner i forhold til norske kvinner. Noen områder kan det allikevel være nyttig å se på:

Anemier ser man relativt ofte, dog ikke så hyppig som i deres hjemland hvis de kommer fra fattige områder. Årsaken er oftest sammensatt. Mange har små jerndepoer og faller hurtig i Hb hvis det ikke tidlig gis jern. B-12 mangel kan ses uten noen sikker årsak. En tillegsfaktor kan være tarmparasitter og malaria. Lavt jerninnhold i kosten spiller ofte en sentral rolle.

D-vitaminmangel kan være subklinisk og manifesterer seg sjelden i en "skikkelig skjørbuk". Der er beskrevet tilfeller i England blant vegetarianere og fattige hvor vitaminmangel er mer utbredt. Men noen steder i Afrika er denne tilstanden fryktet, bekkenet blir deformert og for trangt til neste fødsel, "flatpelvis syndrome".

Kostveiledning er ikke så enkelt da man ikke uten videre kan gi de samme råd som til en norsk kvinne. Det er viktig å gi seg tid til å finne ut av de negative virkninger migrasjonen har hatt på kvinnens kosthold. Hjemlandets kost fra gode tider, samt regler for hva som er sunt for en gravid kvinne, vil som regel holde mål. Det er faktisk ofte de dårlige vaner som plukkes opp i Norge kombinert med en dårlig økonomi som gir utslaget. Mange har f. eks. aldri drukket melk slik at kalken må finnes i matvarene. De matvarer som anbefales av oss må både aksepteres kulturelt og ikke minst tåles. *Vi* er opptatt av doser og mengder, mens andre er mer opptatt av kombinasjon av fødevarer og balanse mellom f. eks. "kulde/varme" kvaliteten i maten.

Kommunikasjon.

Språkbarrieren er helt sentral i møtet med kvinner fra alle verdenshjørner. Man kan selvfølgelig umulig lære seg alle de språk man møter: urdu, vietnamesisk, arabisk, albansk, spansk, somalisk etc. En profesjonell tolk er da den ideelle løsningen og bør brukes så ofte som mulig. Det fungerer som regel dårlig med barna eller en bekjent som *oversetter.* De er ofte bundet av følelser og konvensjoner. Mange steder er tolk vanskelig å få tak i, og da er løsningen en telefontolk via nærmeste større tolketjeneste. De fleste kommuners sosialkontor bør kunne gi opplysninger om hvordan tolk skaffes.

Inspirasjon til videre arbeid

Vi kan og bør sette oss inn i teorier fra de forskjellige deler av verden våre pasienter kommer fra. Det er imidlertid kun kvinnen selv som kan fortelle om sin opplevelse og sin forventning til det som skal skje.

Å gå bevisst og aktivt inn i møtet over kulturskillet er spennende og utfordrende. Våre vante og trygge rutiner blir utfordret og holdningen til egne verdier blir klarere. Vi kan i høyeste grad få tilført verdifull bredde og mangfold i vår egen medisinske hverdag ved å åpne oss for det denne pasientgruppen har med seg til landet.

Kommunelege
Birgit Lie
Helsetjeneste for flyktninger og asylsøkere
Kristiansand. ❑

HVERDAGS KLINIKK

Bekkenløsning

Jorunn Ytrefjord er fysioterapeut,40 år og bosatt på Voss. Hun har drevet privatpraksis i Bergen og på Voss. Hun har drevet svangerskapskurs og barselgymnastikk.

Kari Aarseth er fysioterapeut, 39 år og bosatt på Voss. Hun har erfaring fra privatpraksis og arbeid med astma- og allergibarn. Hun jobber nå i psykiatrien. Hun har undervist på svangerskapskurs og var under samtalen høygravid med sitt 4. barn.

Av Marit Hafting

Holdningen til bekkenløsning har endret seg svært de siste 20 årene både i faglige kretser og i allmennheten. I min studietid het det at bekkenløsning var en hormonelt betinget hensiktsmessig oppbløting av leddene i bekkenet i svangerskapet som bare gav minimale eller forbigående subjektive plager. Budskapet den svangre fikk fra helsevesenet dengang (i begynnelsen av 70-årene) var: -Fød dine barn i smerte og bær dem fram med bekkenløsning.

Tidene har forandret seg - heldigvis, og vi så nylig bilder i TV fra årsmøte for foreningen for bekkenløsningspasienter der deltakerne lå rundt i salen på madrass. Allmennpraktikere og gynekologer anerkjenner problemet som årsak til arbeidsuførhet. Men - hvordan møter vi disse pasientene og hva tilbyr vi dem forebyggende og behandlingsmessig? Det er skrevet en del om emnet faglig og populærvitenskaplig, men i min allmennpraktikerhverdag føler jeg stadig på manglen av klare rettningslinjer i møtet med bekkenløsningspasientene.

I et forsøk på å oppnå dette, har jeg hatt en prat med to fysioterapeuter, Jorunn Ytrefjord og Kari Aarseth, som har erfaring fra arbeid med bekkenløsningspasienter fra barselgymnastikk, svangerskapskurs og privat praksis.

Diagnostikk med utgangspunkt i dagliglivsproblemene

UP: For å ta dem på alvor, må vi kunne diagnostisere lidelsen. Jeg synes ofte det kan være vanskelig å si om smertene er dorsalgi p.g.a. tyngdeforandringer, leiebetinget ishialgi eller bekkenløsning.

J: Det er ikke alltid smertelokalisasjonen gir svaret. Dei kan ha muskelsmerter som ikkje er relatert til samanføyiingane. Dersom dei byrjar å ble slarkete så sett dei inn ein muskulær forsvarsmekanisme for å stabilisere på bekkenet. Då får dei vondt i glutealregionen og ned i låra. Mange har og vondt i ryggen fordi nedre lumbalcolumna ofte er involvert i løsinga saman med ileosacralledda og symfysen.
Smertene er belastningsrelaterte og kjem ved assymetriske belastninger. Dei kjem når pasienten er avslappa og snur seg plutseleg. Ledda vert "nakne" når muskulaturen slapper av, og da kjem leddsmertene.

K: Jeg synes jeg får det ganske godt fram når de beskriver hva som er problemet i det daglige og supplerer med provokasjonstester.

Informasjon og kroppsbevissthet

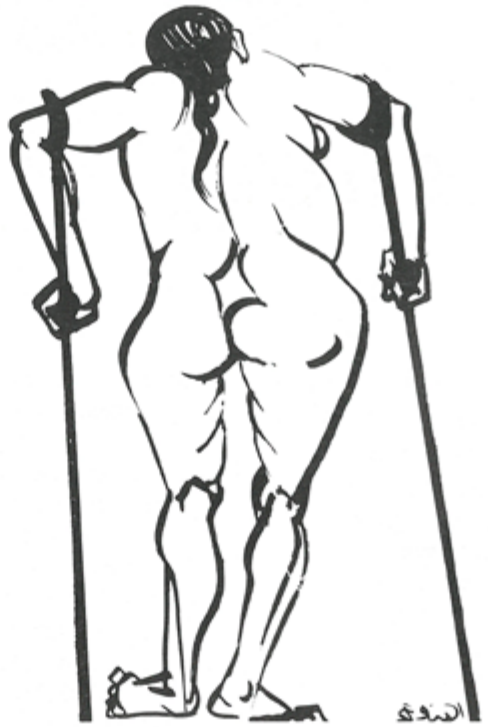
K: Jeg møter mange på svangerskapskursene som er blitt skremt av det som har kommet fram i media omkring bekkenløsning. Når de kjenner smerter i rygg og bekken, regner de med å bli sengeliggende.

J: Det er ikkje rart fordi dei som vert tekne fram i media, er nettopp dei som ikkje er blitt tekne på alvor. Mange av dei bekkenløsingspasientane som har gått føre og pløygd, har vore utsett for tildels umenneskelege overgrep i ein sårbar periode av livet.

K: Derfor er det særlig viktig akkurat nå at vi forklarer hva som skjer slik at de tør stole på de signalene de får fra egen kropp og beholder følelsen av kontroll over situasjonen. Vi må forhindre at det blir for fokusert på alt de ikke kan gjøre, men vise dem at det er mye de fortsatt kan. Det er lett å komme inn i vonde sirkler med inaktivitet og sekundære muskulære smerter.
De som har hatt bekkenløsning i tidligere svangerskap har økt sannsynlighet for å få det igjen. Men de trenger ikke bli dårligere. Hvis de fikk veiledning og event. behandling i forrige svangerskap, kjenner de kroppens reaksjoner. De bør være symptomfrie og ha trent seg ekstra opp før neste svangerskap.

UP: Hva begrenser aktiviteten.

K: Smertene begrenser. Men samtidig som de får beskjed om å unngå bevegelse som provoserer fram smerter, skal de få hjelp til å finne ut hvordan de kan gjøre det samme uten smerter. Finne alternative måter å utføre dagliglivets



gjøremål på så langt som mulig.
Å lære kroppsbevissthet blir her sentralt, og jeg mener disse pasientene skal lære kroppsbevissthet gjennom øvelser som er relatert til daglige oppgaver. Du kan få mye trening ut av de daglige bevegelsene hvis du får den riktige innsikten i hva som skjer - hvor du har styrken din og hvilken frihet du har i bevegelsesmønsteret.

J: På den andre sida vil ofte dagliglivets gjeremål nettopp belaste bekkenet. Her skranlar det ofte på innsikten hjå helsepersonell. Pasienten kan t.d. verte møtt med mistenkeleggjering når dei fortel at dei ikkje kan vaske vindauge. "Får du vondt i *bekkenet* når du vaskar vindauge?" Dersom ein ser biodynamisk på det, skal bekkenet vere eit stabilt senter som bevegelsene både i beina og overkroppen går ut frå. Når stabiliteten manglar, vil belasting gi smerter.

UP: Hvem skal gi veiledning?

J: Det må i alle høve liggje hos nokon som er interessert i emnet og som har erfaring, anten det er lege, fysioterapeut eller jordmor. Det sentrale er avlasting kombinert med bevegelser. Med avlasting meiner eg her ikkje å leggje seg ned eller sette seg til i ein stol. Bassengbad har vore omtala i fagblada som ein aktivitet som gir avlasting samtidig som musklane vert brukt. Dei same råda gjeld ved bekkenløsning etter fødselen.

K: Jeg brenner for at det ved siden av de vanlige fødselsforberedende kursene skal være faste grupper med trening for gravide og barselkvinner. De kunne gått der 12 ganger. Det å få en egenopplevelse tar såpass lang tid, for du må kjenne etter og jobbe med det samtidig. Det holder ikke med teori, litt instruksjon og øvelser på et ark.
I tillegg er det viktig å diskutere fødestilling på forhånd, gjerne ved et besøk på fødeavdelingen i god tid. Nå fødselen er i gang, er det vanskeligere å finne en tilpasset stilling. Det kan se ut for at fødsel i sideleie skåner bekkenet hos en del av disse kvinnene.

Avlasting og aktivitet

UP: Noen klarer seg videre gjennom svangerskapet når de gjennom kroppsbevissthet har lært seg å unngå det som gjør vondt samtidig som de er i aktivitet. Men dette holder ikke for alle - noen må sykemeldes. Hva mener dere om belte og krykker?

K: Belte kan gi avlasting, og jeg synes alltid det er rett å prøve. Da har de noe de kan bruke når det er aktiviteter de vet gir smerter, men ikke kan unngå. - Hvem kan la vær å løfte opp sin to år gamle sønn?

J: Samtidig er det ei fåre ved at dei gjer meir enn dei eigentleg skal.
Det er elles mykje å hente på det stadiet ved å førebyggje for stor belasting i ledda. Anten går du, sit du eller ligg du, så krykker, skotøy, stol og seng vert viktig. Dei bør få rett innstilte krykker tidleg. Dei skal ha gode sko som fjørar med støytdempande solar og støtte i hælkappe og gelenk. Dei skal ha minst ein god stol. Ut frå min erfaring kan det sjå ut for at for store smerteprovokasjonar ved bekkenløsing i svangerskapet kan gi plagar frå bekken og rygg seinere.
Etter fødselen kan det for dei med bekkenløsning og vere rett å avlaste bekkenet, og dei fleste synes da det er best å nytte preikestol mens dei er på fødeavdelinga for å unngå full tyngde på bekkenet.

Fysikalsk behandling

UP: Når er ordinær fysikalsk behandling et tilbud til disse pasientene?

K: Hos noen kan vi lindre smerter ved myoser med is, varme, massasje og lirking av ledd. Vi kan drenere i bekkenet for å lindre væsketrykket som forverrer tilstanden. Selv om de kan gjøre mye av dette selv hjemme, er det ofte bedre å gjøre det sammen med noen. De kan trenge å få komme og snakke og få litt omsorg.

J: Dei kan av og til få feilstillinger i iliosacralledda som kilar seg i ufysiologiske stillinger. Det kan event. reponerast. Nokon vert stramme i adduktormuskulaturen som har utspring nær symfysen. Dei får då drag på symfysen og smerter som vil kunne lindrast ved avspenning og massasje. I tillegg ser eg ofte at dei som i utgangspunktet er plattfot, vert meir plattfot. Alle bånd, ikkje berre i bekkenet, vert slakkare. Dette gir auka spenning på innsida av låra. Dei kan ha nytte av solar.

K: Hvis du hos disse pasientene arbeider med holdning og kroppsbevissthet, vil kroppen være i balanse og du unngår at pasientene må benytte statisk spenning for å korrigere manglende balanse.

Oppsummering

UP: Tilslutt, har dere noen gode råd å gi meg?

J: Etter mi erfaring er det 3 ulike nivå du møter desse pasientane på. For det fyrste må dei bli tatt på alvor når dei fortel om plagene og få teneleg informasjon om kva som skjer og korleis dei skal bruke kroppen. Så kjem dei med muskel- og leddsmerter som treng avlastning med belte, krykker og event. sjukemelding. Til sist har du dei som i tillegg treng behandling.

UP: For egen del legger jeg til at det her som andre steder i medisinen må det være viktig å kjenne sine faglige grenser. Leger som driver svangerskapskontroll bør samarbeide med en fysioterapeut med erfaring på området.

Marit Hafting
Nedre Båstadvei 4
1370 Asker

❑

300 000 NORSKE KVINNER OG MENN ER PLAGET AV

URINLEKKASJE

NÅ BLIR MEDICONS ELEKTROSTIMULATORER FOR HJEMMEBEHANDLING REFUNDERT AV RIKSTRYGDEVERKET

Medicons norskproduserte stimulatorer, **PSA / PSV** til behandling av stressinkontinens og **MS105** til behandling av urgeinkontinens, er klinisk testet ved både norske og utenlandske sykehus. En norsk doktoravhandling finnes også på området. Flere av de vitenskapelige studiene konkluderer med at elektrostimulering bør være et naturlig førstevalg i inkontinensbehandlingen. Elektrostimulering er en enkel behandling uten bivirkninger. Den er kostnadseffektiv, og resultatene har vist seg å være svært gode og vedvarende.

Både spesialister og allmennpraktiserende leger kan foreskrive elektrostimulatorer til hjemmebehandling.

Hjemmel: Legemiddelforskriftenes §3, punkt 9.
Folketrygdlovens §2-5, nr. 3a.

Maksimalstimulatoren MS105 til behandling av motorisk urgeinkontinens (detrusorinstabilitet/hyperrefleksi), sensorisk urgeinkontinens (interstitiell cystitt) og blandingsinkontinens. Stimulering utføres i perioder på 20 min. Behandlingen gjentas ca.10 - 30 ganger.

Langtidsstimulatorene PSA og PSV til behandling av stressinkontinens, blandingsinkontinens og analinkontinens (sphincter dysfunksjoner). Stimulatoren benyttes 6 -8 timer daglig,eller om natten, i 3 - 6 måneder.

BE OM RTV- BLANKETT 2.55
PÅ TRYGDEKONTORET

Vil du vite mer? Kontakt:

Medicon NORWAY

Medicon Norway AS
Th. Owesens gt. 35C
7044 Trondheim
Tlf.: 07 91 61 00
Fax.: 07 91 60 30

Amadeus Reklame

Det tidlige samspillet

Frode Heian har vært kommunelege 1 på Tingvoll i mange år. Er nå flyttet til Molde hvor han jobber som prosjektleder. Han er tidligere redaktør av Utposten. Har mange jern i ilden. Han har vært medforfatter på Egenomsorgsheftete og på Helsestasjonsboken m/undervisningsvideo. Han kommer stadig med nye gode innspill for barns oppvekstforhold.

Av Frode Heian

Betydningen av et godt samspill mellom omsorgsgiver og barn har vært tillagt stor vekt i mange år. Med nye, praktiske tilnærmingsformer har dette samspillet fått større relevans for arbeidet i førstelinjetjenesten. I Molde ble det i vår avholdt et seminar om temaet, med innlederne Bodil Østgård og Hanne Haanshus fra Nic Waals institutt i Oslo.

Det følgende er ikke strengt tatt et referat fra dette seminaret, men en omtale av Orion- og beslektede metoder som bare delvis er basert på foredraget. Øvrige momenter er hentet fra artiklene som er angitt bakerst i referatet.

Bakgrunn

Behovet for tiltak springer ut fra den høye forekomsten av psykiske problemer og kognitive vansker hos barn og ungdom.

I Nederland var ventelistene til psykiatrisk hjelp økende, og særlig når det gjaldt barn under skolealder. Video Home Training, eller ORION-metoden, ble utviklet som et alternativ til institusjonsplassering av barn og unge med kognitive og adferdsmessige problemer. Metoden viste seg også svært velegnet til å hjelpe foreldre med sped- og småbarn med ulike former for samspillsvansker.
Ved Nic Waals institutt i Oslo har en siden 1982 utviklet spesielle metoder for å hjelpe sped- og småbarnsfamilier. Erfaringen er at etterspørselen etter tidlig hjelp eller forebyggende tiltak har økt dramatisk i takt med utbyggingen av tilbudet og forståelsen for viktigheten av denne tidlige innsatsen.

Barnet har allerede fra fødselen (tildels før) evne til å motta og bearbeide inntrykk fra omgivelsene. Det har forutsetninger for å etablere tilknytning og samspill med sine omsorgsgivere, og er allerede fra starten aktive i sitt forhold til læring i form av initiativ, respons og ⇒

styring av samspill. Derfor er det viktig at foreldrene er sensitive for- og gir respons på barns oppmerksomhet og initiativ. Dette er en grunnleggende forutsetning for utvikling.

Forskning har vist at utilfredstillende samspillsmønster har en tendens til å opprettholdes, og gi utgangspunkt for problemer for barnet på et senere alderstrinn. Jo tidligere vi kan intervenere med fokus på gode samspillsmønstre, jo større er mulighetene for at disse problemene kan forebygges.

Hva er Orion?

Navnet skal visstnok være hentet fra et gammelt sagn om dvergen Orion. Han hjalp en mann som hadde gått seg vill i en hule i fjellet, ved å sette seg bak mannens ene øre og hviske hvilken vei han skulle ta for å komme ut i lyset.

Maria Aarts fra Nederland, beskriver metoden ganske kort slik:
"Orion hometraining method" er en kort-tids intensiv form for veiledning til familier som har problemer med å oppdra barn. Basert på video-opptak av ulike former for samvær i familien trekker veilederen foreldrenes oppmerksomhet mot barnets initiativ til kommunikasjon. Dette gjøres ved konsekvent å fokusere på de positive elementene, eller utviklingsfremmende mulighetene i samspillet.

Kort historikk

Orion-metoden er utviklet fra midten av 1970-årene under ledelse av Maria Aarts og Harri Biermann. Prosjektgruppen kunne vise til et godt behandlingstilbud som kostet ca. tiendeparten av utgiftene til den tradisjonelle institusjonsbehandlingen. Det var trolig en viktig grunn til at helseministeriet i Holland (egentlig "ministeriet for velferd, helse og kultur"!) i 1985 ga støtte til opprettelsen av et større Orion-senter i Weert, og til integrering av Video Home Training i institusjonsarbeidet.
De senere årene har ORION-metoden fått oppmerksomhet også i andre land: England, Irland, Tyskland, Frankrike, Sveits, Israel og Norge.
Her i landet ble Orion-prinsippene og metoden først introdusert via Karstein Hundeide og Henning Rye som ønsket å integrere og bruke kommunikasjonsprinsippene og deler av metoden i forebyggende prosjekter ved ulike institusjoner i første- og annenlinjetjenesten både i Norge og i sitt internasjonale arbeid.
Nic Waals institutt og Alines Spedbarnssenter inngikk i et samarbeid om videreutvikling og integrering av Video Home Training ved de to institusjonene, under systematisk veiledning fra Maria Aarts.
Nic Waals Institutt har nå med støtte fra Sosialdepartementet påtatt seg å videreformidle denne kompetanse til andre behandlings- og forebyggende prosjekter på tvers av forvaltningsnivåer. For tiden er slik opplæring i gang med representanter fra Barne- og ungdomspsykiatriske avdelinger og poliklinikker i Møre og Romsdal, Skien, Tønsberg, Fredrikstad, Jessheim, Aker og Ullevål sykehus og Statens Senter for Barne- og ungdomspsykiatri.

Ved Universitetet i Bergen (Hundeide/ Ryen) blir en tilpasset form utprøvd på forskjellige nivå, og underlagt en grundig evaluering.

Grunnleggende prinsipper

Metoden retter seg først og fremst mot foreldrene. Ved å øke deres kompetanse i samspillet med barnet (og samspillet i familien forøvrig), vil barnet i neste omgang få fordel av det.
En hovedmålsetning er derfor å styrke foreldrenes selvtillit og tro på sin egen evne til å ta omsorg for sine barn, og unngå å skape avhengighet i forhold til eksperthjelp.

I kontakten terapeuten har med familien er følgende seks punkter sentrale for foreldrekompetanse.

At de kan:
1. lære å se, følge og utvide barnets initiativ
2. benevne og kommentere positivt det barnet er opptatt av, gjenspeile det barnet gjør
3. la barnet komme frem med sine utrykk og la det gjøre seg ferdig, før de selv gir tilpasset respons (turtaking)
4. utvikle en "gledessyklus" med gjensidig blikkontakt, smil og gester som uttrykker en felles positiv glede ved samspillet
5. lede barnet til positive aktivitetsalternativer istedet for alltid å komme med forbud, som ofte er en del av en negativ samspillsyklus
6. kunne lede, velge ut og støtte gode initiativ som de ønsker å fremme.

Hvilke punkter som er viktigst, varierer alt etter samspillsvanskene og mulighetene.

Selv i familier med meget dårlig samspill vil det være mulig å finne positive episoder. Et video-opptak gir helt spesiell mulighet til å stanse opp ved, understreke og fremheve disse situasjonene, som ellers ikke ville blitt observert, langt mindre formidlet til foreldrene. Slike verdifulle øyeblikk kan jo vare bare noen sekunder.
Terapeuten skal aldri være belærende, men snarere gi muligheten for gode observasjoner til foreldrene. (Det er viktig at terapeuten følger de samme prinsippene overfor foreldrene som disse anbefales overfor barna - se punktene over).

Det må understrekes at dette er en metode som ikke bare anvendes der årsaken til dårlig samspill ligger hos foreldrene. Samspill kan være vanskelig i alle familier. Vi skal også huske at barns medfødte gemytt er vidt forskjellig. Det er også tallrike eksempler på barn som i perioder kan drive foreldrene "nesten fra vettet" på grunn av egenskaper som senere i livet kan komme dem til nytte på en positiv måte. Spesielt kan forholdene være vanskelige i familier der presset er stort. Årsaken kan være funksjonshemning, utviklingshemning eller kronisk sykdom hos barnet. Den kan også være vanskelig økonomi, -boligforhold, -forhold på arbeidet osv. Terapeuten må derfor vise varsomhet, og være våken for slike forhold som kan ha stor betydning for hva man legger vekt på i den videre

kontakten. Hun bør ha solid erfaring fra kontakt med familier i vansker.

Det presiseres at metoden ikke må brukes som observasjonsmetode for å vurdere *omsorgsevnen*. Det dreier seg først og fremst om en intervensjonsmetode eller behandlingsmetode i familier med ulike samspillsproblemer. Det er derfor viktig å ha klare avtaler med barnevernet i slike tilfeller. Dette må selvsagt også avklares grundig med foreldrene.

ORION-metoden er en praktisk tilrettelegging av tilgjengelig kunnskap

ORION-gruppen har egentlig ikke utviklet en ny kunnskap om tilknytning og kommunikasjonsutvikling mellom omsorgsgiver og barn, men har satt eksisterende kunnskap inn i en systematisk og *klinisk anvendelig* arbeidsform. Det dreier seg om helt enkle budskap som er selvfølgelige og som kan tas for gitt av de fleste foreldre, men som foreldrene av tidligere nevnte grunner har glemt eller som er fortrengt i en stresset eller fremmedgjort tilværelse. Det postuleres at de fleste samspillsproblemer skyldes forhold som foreldrene ikke er klar over og som er relativt lett å rette på. De mer alvorlige problemene som skyldes psykiske eller sosiale problemer hos foreldrene, kan også interveneres med samme metode, men dette krever adskillig mer klinisk erfaring og mer tid.

Praktisk fremgangsmåte

Metoden praktiseres nokså forskjellig, dels ut fra utøverens bakgrunn og stil, dels ut fra tilpasninger overfor den enkelte familie. Men som et eksempel er følgende fremgangsmåte beskrevet (Nederlandsk modell, hentet fra M. Aarts):

- Terapeuten besøker familien hjemme. Hun/han forklarer metoden og prinsippene for god kontakt. Noen ganger vil det også bli vist video-film for å illustrere dette. Etter denne forklaringen kan foreldrene bestemme seg for om de vil ta imot tilbudet om veiledning.
- Selve behandlingen består i regelmessige besøk, som regel en gang i uka. Her orienterer terapeuten seg først om mulighetene for kontakt i familien og gjør et kort opptak av en slik situasjon der hele familien er med (f.eks. under middagen).
- Som regel går terapeuten gjennom opptaket, ofte sammen med en annen, før hun viser det i familien.
- Kontakten med familien varer gjennomsnittlig i ca. 3 måneder, men med en spredning på 2 uker til 10 måneder.

Tidlig samspillsintervensjon på to nivåer

Rye omtaler to nivåer for anvendelse av metoden:

1. Det forebyggende arbeidet hvor prinsippene brukes i en rekke situasjoner hvor kontakten barn/omsorgsgiver kan fokuseres primært i forebyggende hensikt, f.eks. i helsestasjoner. Også her kreves selvsagt en grundig innføring i metoder og tilpasning av arbeidsformene til ulike situasjoner, men metodene er relativt enkle og effektive. Dette nivået ble bare kort omtalt på seminaret, men vil bli fulgt grundig opp.
2. Behandling av allerede etablert alvorlig problematikk, der utøverne må ha en mer systematisk opplæring og veiledet erfaring, og hvor arbeidet krever grundigere klinisk innsikt.

Andre beslektede nivåer

ORION-metoden er som tidligere nevnt gjort til gjenstand for ulike tilpasninger både i Norge og i utlandet. Nærmere beskrivelser av erfaringene med disse vil forhåpentlig bli tilgjengelige etterhvert.

MISC (More Intelligent Sensitive Child) er et annet program som retter seg mot det tidlige samspillet og som er gitt en "brukervennlig" form, også anvendelig i primærhelsetjenesten. Det er utviklet av psykologen Pnina Klein i Israel. Hun understreker også betydningen av gjensidighet og sensitivitet.

Hundeide beskriver forskjellen mellom metodene slik: ORION-metoden er først og fremst rettet mot forbedring av det ekspressivte- emosjonelle samspill mellom omsorgsgiver og barn og derfor særlig egnet til klinisk arbeid med emosjonelle kontaktproblemer. MISC-programmet tar også dette opp, men er mer pedagogisk/kognitivt orientert, og har først og fremst som målsetting å berike og utvide samspillet mellom omsorgsgiver og barn slik at barnet får en mer differensiert opplevelse av sin omverden og seg selv. I motsetning til Piaget mener Klein at det i tillegg til barnets egenaktivitet kreves et "ledet berikende samspill med en eller flere sosialiserte omsorgsgivere".

Evaluering

Psykologene Henning Rye, Berg gård, og Karstein Hundeide, Senter for internasjonal helse ved universitetet i Bergen, arbeider med tilpasningen av en modell med mønster fra både ORION-metoden og MISC-metoden, og dette arbeidet skal gjøres til gjenstand for en grundig evaluering.

Aktuell lesning

Artikler om metoden fra NIC WAALS INST:
-ORION: Method and Organization. M. Aarts, mai 1990
-Early Intervention in Families with Infants and Toddlers at Risk. Klinisk sosionom Rigmor Grette Moe, NIC WAALS INST.

Nye metoder i tidlig intervensjon. Seminarrapport. Oslo: NORAS, 1990, artiklene:
-Kvalitet av tidlig interaksjon avgjørende for barns utvikling. Dr. philos, professor Henning Rye
-Tidlig intervensjon ovenfor omsorgssvikt. Dr. philos, professor Karstein Hundeide.
-Nye metoder i tidlig intervensjon. Erfaringer fra NIC WAALS inst. Overlege, spes. i barne- og ungdomspsykiatri Liv Hundevadt.

Røed Hansen B. Den første dialogen. En studie av barnets oppmerksomhet i samspill. Oslo: Solum forlag, 1991

Klein P. Formidlet læring. Oslo: Universitetsforlaget 1989

Prosjektleder
Frode Heian
Storeviksveien 8
6400 Molde

"I begynnelsen var ordet - siden ble det bare prat"!?

Tanker om arbeid i en perinatalkommitè - post festum

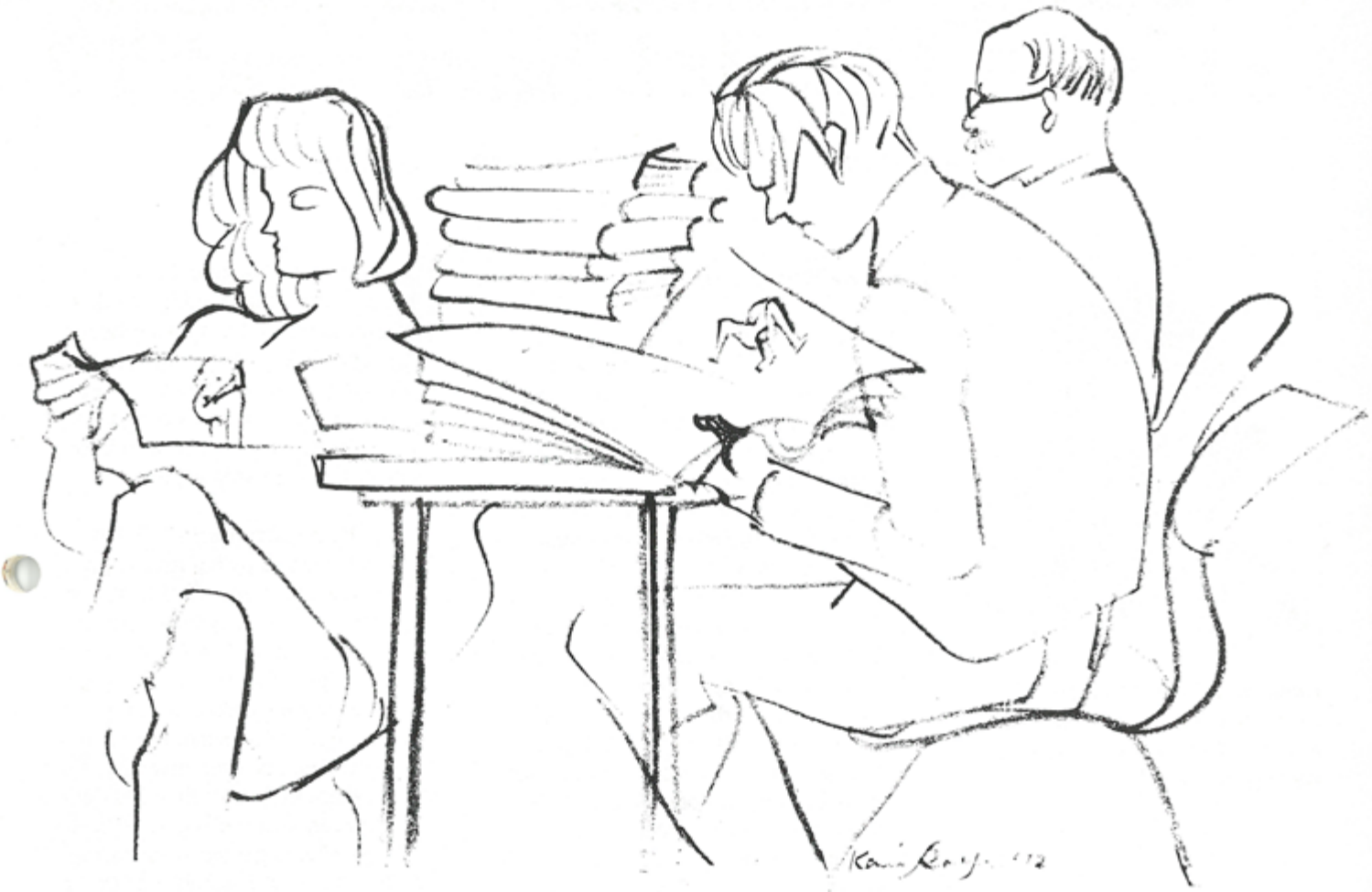
Cand. med. Trondheim 1982. Spesialist i allmennmedisin og samfunnsmedisin. Kommunelege I i Sør-Varanger fra 1986.

Av Mona Søndenaa

"I begynnelsen var ordet" - og ordet var NOU 1984: 17 Perinatal omsorg i Norge, som slo fast at det skulle opprettes perinatalkomitèer i alle fylker. "Og ord ble til handling" - Perinatalkommitèene ble født. I Finnmark hvor jeg holder hus ble det også opprettet en slik komitè, og juni 86 konstituerte vi oss - 7 entusiastiske mennesker: barnelege, gynekolog, fylkeslege, jordmor fra distrikt, sykehusjordmor og kommunelege. Vi brettet opp armene, tenkte, handlet og lærte en masse! Vi satte i gang et arbeid som gikk ut på å se på perinatal dødelighet i tidligere tids- perioder i Finnmark, samtidig som vi jobbet oss gjennom alle perinatale dødsfall fra året komitèen startet å arbeide. Det ble også tenkt en del rundt kursing av helsepersonell og forskning. Jo, det var artig. Vi var en fin gjeng og jobbet fint sammen. Fylket er stort, men lite i antall innbyggere. Dette medførte at det heldigvis var få perinatale dødsfall, men det medførte også at hver enkelte av oss lett kunne komme bort i saker vi kjente fra før. Særlig gjaldt dette for gynekologen og barnelegen, som var fylkets eneste av sine slag. Dette tok vi imidlertid som en ekstra stor utfordring - og vel viten om dette, med tungen rett i munnen tror jeg vi mestret dette relativt bra. Det som kanskje bød på de største problemene i starten var rett og slett å finansiere reise til og fra møtene våre. Det koster en del når folk fra Vadsø, Kirkenes og Hammerfest skal møtes av og til. Men også dette var problemer som lot seg overvinne.

Og entusiasmen fortsatte! 10. og 11. september 87 innkalte Helsedirektoratet til en landsomfattende konferanse for alle perinatalkomitèene. Her var det forelesninger og gruppearbeid i massevis. Det skal jo være så lærerikt med gruppearbeid. Joda, dette var vel og bra, og vi fortsatte vårt arbeid om enn enda mer entusiastisk enn tidligere. Prosjektet med gjennom-gang av tidligere tiders perinatale dødsfall ble gjennomført og var vellykket. Det ble arrangert kurs, vi snakket med leger rundt om i fylket, og vi hadde en del idèer om å reise rundt til de forskjellige kommunene med informasjon. Dette var artig arbeid.

"Og så ble det bare prat!!!" I 1988 skulle det være en ny konferanse for alle perinatalkomitèer. Vi stilte på nytt opp, entusiastiske og lydhøre som aldri før. Men hva var nå dette?? Helsedirektoratet sto igjen for arrangementet og hadde denne gang trukket inn svært mange fagfolk, blant annet jurister, gynekologer og barneleger. Ingen allmennpraktiserende kom til ordet. Dette resulterte i en total omlegging av kommitèenes arbeid og praksis. Juristene hadde funnet ut at vi arbeidet på en for enkel måte, og at fylkeslegene måtte ut av komitèene. Samtidig med denne omleggingen fikk allmennmedisinere også en omgang med relativt harde skyts, og nokså uforberedt for mitt vedkommende. Helsedirektoratet hadde nemlig fått kjenneskap til noen allmennpraktikere som ikke var gode svangerskapskontrollører. Dette måtte derfor resultere i at allmennpraktiserende leger hadde lite å gjøre i svangerskapsomsorgen, denne måtte overtas i så stor grad som mulig av jordmødre, helsesøstre og gynekologer. Vi allmennpraktiserende leger hadde ingen evner til omsorg, for lite kunnskaper, og gjorde i det hele tatt det meste galt i forhold til gruppen gravide kvinner. Og så jeg som inntil da hadde trodd at vi allmennpraktikere hadde både kunnskap, evner og omsorg nok i massevis til å drive svangerskapskontroller på et høyt faglig nivå. Hvor feil jeg tok!! Det er selvfølgelig flott at vi kan jobbe sammen med andre yrkesgrupper, men en sjikane av seriøst arbeidende allmennpraktikere ble en sterkere provikasjon enn mitt allmennpraktikerhjerte kunne klare. Resultat: Brev til Helsedirektoratet som igjen re-



sulterte i et brev fra Helsedirektoratet som viste liten forståelse og innsikt for mine standpunkt. SUKK!!

Resultatet av dette møtet ble en merkbar omlegging av komitèenes arbeidsmåte som medførte et betydelig merarbeid for å innhente nødvendige opplysninger om de aktuelle perinatale dødsfall. Dette har for vårt vedkommende i Finnmark medført at perinatalkomitèens arbeid er inngått i en dvalelignende tilstand og de siste to årene har vi gjort *et* forsøk på å møtes - dette mislyktes!! Hva som skjer nå med vår perinatalkomitè vet jeg ikke, da jeg trakk meg ut av komitèen etter nyttår.

Da jeg ble spurt om å skrive noen ord om arbeid i perinatalkomitèene hadde jeg i utgangspunktet tenkt å skrive litt mere konstruktivt om hvordan vi i Finnmark hadde valgt å arbeide. I stede ser jeg at det har blitt et felttog mot Helsedirektoratet. På den annen side har jeg vært med på å argumentere for Helsedirektoratets bestående, men jeg håper da i annen form med mer forståelse for en virkelig verden. Jeg skal villig innrømme at jeg også har fått hjelp fra direktoratet, men jeg er blitt relativt skeptisk til byråkratiets makt. Dette er trist, for perinatalkomitèarbeid er spennende, det har lært meg masse og jeg tror også det er et nyttig arbeid for alle impliserte parter. Dette er kanskje spesielt aktuelt nå som kvalitetssikring er blitt satt i fokus. Men for meg er i alle fall dette blitt et eksempel på hvordan ord blir til prat. Selv om det kanskje ikke har så mye med perinatalkomitèarbeid å gjøre, har jeg likevel lyst til å slutte med et dikt jeg fikk av en gammel pasient som nettopp handler om ordet. Håper det kan være til nytte for andre enn meg.

Kommunelege
Mona Søndenaa
Kommunehelsetjenesten
Postboks 415
9901 Kirkenes ❑

Ordet

Et ord kan bære bøygen av fjell og ur -
ordet kan stanse regnet, hvis du trur.
Det kan være så enkelt, så smått og
meningslaust,
men lite ord kan stoppe uværet laust.

Et ord kan verge liv i mørkets stund,
ifall det sies av den rette munn.
Ordet kan berge drømmen som gikk sund.

Et ord har større makt enn tusen tanker har,
ordet blir igjen når resten drar.
Det kan være så enkelt, ja være mest som sne,
men så tungt at det til slutt må graves ned.

Av alle ord som vi har lært å si,
er mange som kan såre hårdt og svi,
men også de som gjør et hjerte fri.

Familierettet allmennmedisin

-hjelp til å dra nytte av kunnskap om familien for å forstå og behandle pasientene våre.

På 15 minutter å få innsikt i familieforhold som har betydning for pasientens helse, - høres det interessant ut?

Institutt for allmennmedsisin hadde invitert Thomas Campbell, professor i familiemedisin og psykiatri ved universitetet i Rochester, New York, til Bergen. Resultatet ble et to dagers kurs som fortjener et resyme i Utposten.

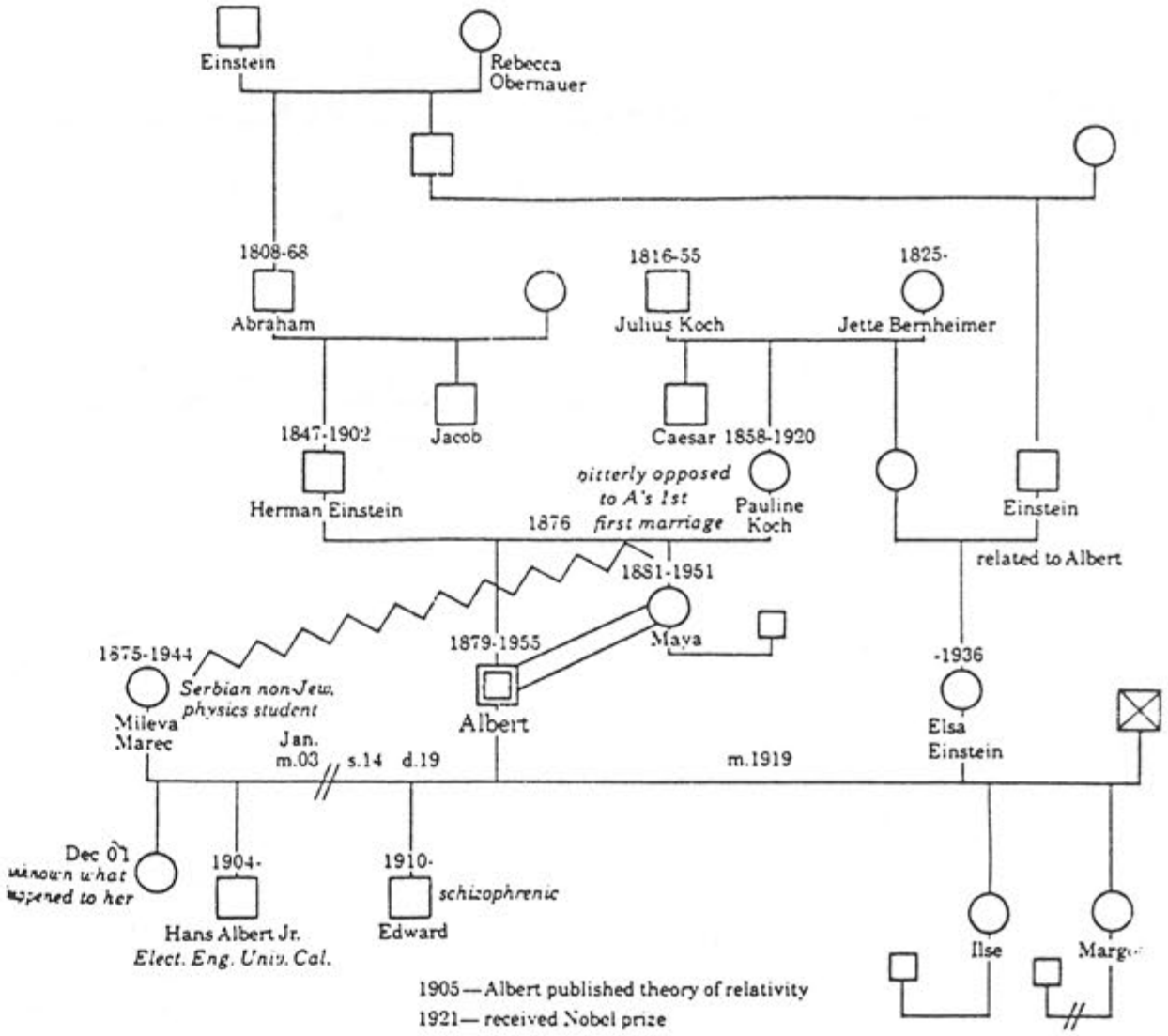
Etter å ha hatt glede av Utposten i mange år, ble jeg bedt om å skrive referatet, og hvem kan vel da si nei?

En gruppe praksislærere på vestlandet møtte ivrig fram for å lære å systematisere og nyttiggjøre seg kunnskap om familier.

Vi er allerede kjent med at familiemønstre kan få betydning for våre pasienter både når det gjelder psykiske og somatiske lidelser. Alle har nok observert dette, og de som arbeider i små kommuner kan se mye av det, og av og til gjøre seg nytte av det.

Å bruke denne forståelsen på en god måte, er allikevel i hverdagens travelhet vanskelig. Men tenk bare om vi greide å nyttiggjøre oss slik innsikt i møte med våre somatiserende pasienter! Kurset tilbød et redskap til dette.

GENOGRAM, eller familiekart, - se illustrasjonen - er et enkelt skjema over pasientens nærmeste familie. Det er plass til kjente arvelige sykdommer, familierelasjoner - vennskap, krangel - og hvordan familiens medlemmer forholder seg til hverandre både når det gjelder sykdom og følelser. Yrke, bopel og andre fakta bør også tas med.



Når man setter dette opp sammen med pasienten, oppnår man flere ting:

- Man får god oversikt over familieforholdene. Genogrammet kan lagres i journalen.

- Man signaliserer at man tror på en sammenheng mellom leveforhold og helse, og at dette er et tema pasienten kan ta opp i konsultasjonen.

- Man får innsikt i viktige forhold i pasientens liv, på en oversiktelig måte.

- Pasienten kan selv oppdage viktige ting relatert til sine plager.

- Man kan selv lære mer om familiedynamikk.

Genogrammet kan også gi innfallsvinkel for å trekke familiemedlemmer inn, ved f.eks. psykosomatisk sykdom. Man må da unngå å la dem føle at de er årsak til pasientens plager. Dette ville ødelegge enhver kommunikasjon. Man må heller formidle at man trenger deres innsikt for å gi god hjelp. Vil man gjøre parsamtaler der pasienter har med seg f.eks. ektefellen, er det lurt å starte med enkle problemstillinger. Det kan være lurt å begynne med nybakte foreldre - f. eks få far med til 6-ukerskontrollen ved helsestasjonen.

Om noen ønsker mer innsikt i temaet, anbefales en bok: *Michael Crouch/Leonard Roberts: The family in Medical Practice. Springer-Verlag 1987.*

Annen literatur: *"Par i behandling"* - Munksgaard 1987.

Eller tidsskriftet *"Fokus på familien"* Scandinavian university press. Postboks 2959, Tøyen, 0608 Oslo.

Våre egne følselser og forhistorie betyr mye for oss. Dette gjelder både privat og i forhold til pasientene. Genogrammet kan med fordel brukes også til å bli kjent med seg selv - hjelp til personlig vekst. Prøv da vel! Forsøk f.eks. å finne ut fra genogrammet forhold som har påvirket ditt yrkesvalg.

Tar det for lang tid til å kunne brukes i praksis, sier du? Det tar erfaringsmessig ca 15 minutter å sette opp et enkelt genogram med en pasient. I mange tilfelle vil man få denne tiden flerfold igjen.

Fung. helsesjef
Tor Wold
Sentrum bydel,
Bergen ❑

Cadillac-syndromet

Petter Øgar er cand. med i Oslo 1978. Assistentlege ved med. avd. Kongsberg sykehus 1980-83. Han er ene- og alene distriktslege/kommunelege/helsesjef i Hornindal fra 1983 til dags dato. Spesialist i samfunnsmedisin. Veileder i allmennmedisin. Han har vært hovedansvarlig for en fylkeskonsensus om diabetesbehandling i Sogn og Fjordane og en evaluering av denne.

Når det antatt beste blir det godes fiende - og hvordan det angår oss

Av Petter Øgar

I min barndom var status i kameratflokken en viktig realitet. Så mye egen status hadde vi ikke rukket å opparbeide. Overført status var desto viktigere, og ingenting var viktigere enn fars bil. I vår verden var Cadillac det uoppnåelige ideal. Om det skyldtes det forkrommede, visuelt forførende ytre, dens amerikanske opphav eller den skyhøye prisen, skal være usagt.

Tidene har forandret seg. I helsevesenet idag er ikke Cadillac en utopisk drøm. Det er kjøretøyet alle mener å ha rettmessig krav på. Mange problemstillinger er knyttet til dette, men to er fundamentale. Den første er velkjent; det kan aldri bli Cadillac'er nok til alle. Den andre er mindre påaktet, men minst like viktig; er Cadillac egentlig en god helsebil? Om disse problemstillingene vil dette essayet handle.

Det er ikke Cadillac'er nok til alle - hva gjør vi med det?

Ressursknapphet er blitt et farlig begrep. Det har i økende grad en hypnotisk og konsentrasjonsvekkende effekt på oss. Flere mestringsteknikker for å leve med dette ubehagelige fenomenet kan identifiseres. To skal trekkes fram:

Den etiske struts: Ressursknapphet er irrelevant i kontakten med den enkelte pasient. Den hører hjemme på et høyere beslutningsnivå. Vi later som problemet ikke finnes eller angår oss, og holder fram som vi stevner så lenge og så langt det går.

Det egosentriske kikkertsyn: Ressursknappheten må vi selvsagt ta på alvor, men den kan ikke gjelde en så viktig virksomhet som min. I sin bremseløse, manipulerende form vil en gangbar, praktisk vinneroppskrift være: Skaff deg en pasientpressgruppe. Etabler egnet mediakontakt og kjør saken som et mediashow. (Dessverre er ikke alle helseproblemer og helsetjenestevirksomheter like mediavennlige og velegnet for denne teknikken).

Hvordan og hvorfor angår knapphetsproblemene oss? Tre svar byr seg fram:

1. Vi bestemmer i vesentlig grad hvem som skal få kjøre i hvilken bil - eller i verste fall stå igjen uten transport.
2. Vi burde bestemme det i enda høyere grad - på bekostning av våre kolleger i det spesialiserte helsevesen.
3. Vi har ikke i tilstrekkelig grad erkjent punkt 1 og 2. Følgelig er vi heller ikke gode nok i dette arbeidet. Det er på tide vi blir det.

Lege-pasientforholdet; roller og etikk.

Tillit er hjørnesteinen i lege-pasientforholdet. En tillit som skal skape grunnlag for effektiv behandling til pasientens beste. Grunnlaget for tilliten er nedfelt i tradisjonell medisinsk etikk. Legen er pasientens trofaste advokat og våpendrager og vil alltid sørge for at pasienten får den beste behandling. Utenforliggende hensyn som ressursmotiverte beslutninger er mala praksis og en alvorlig trussel mot tillitsforholdet og dermed mot hele vår terapeutiske potens.

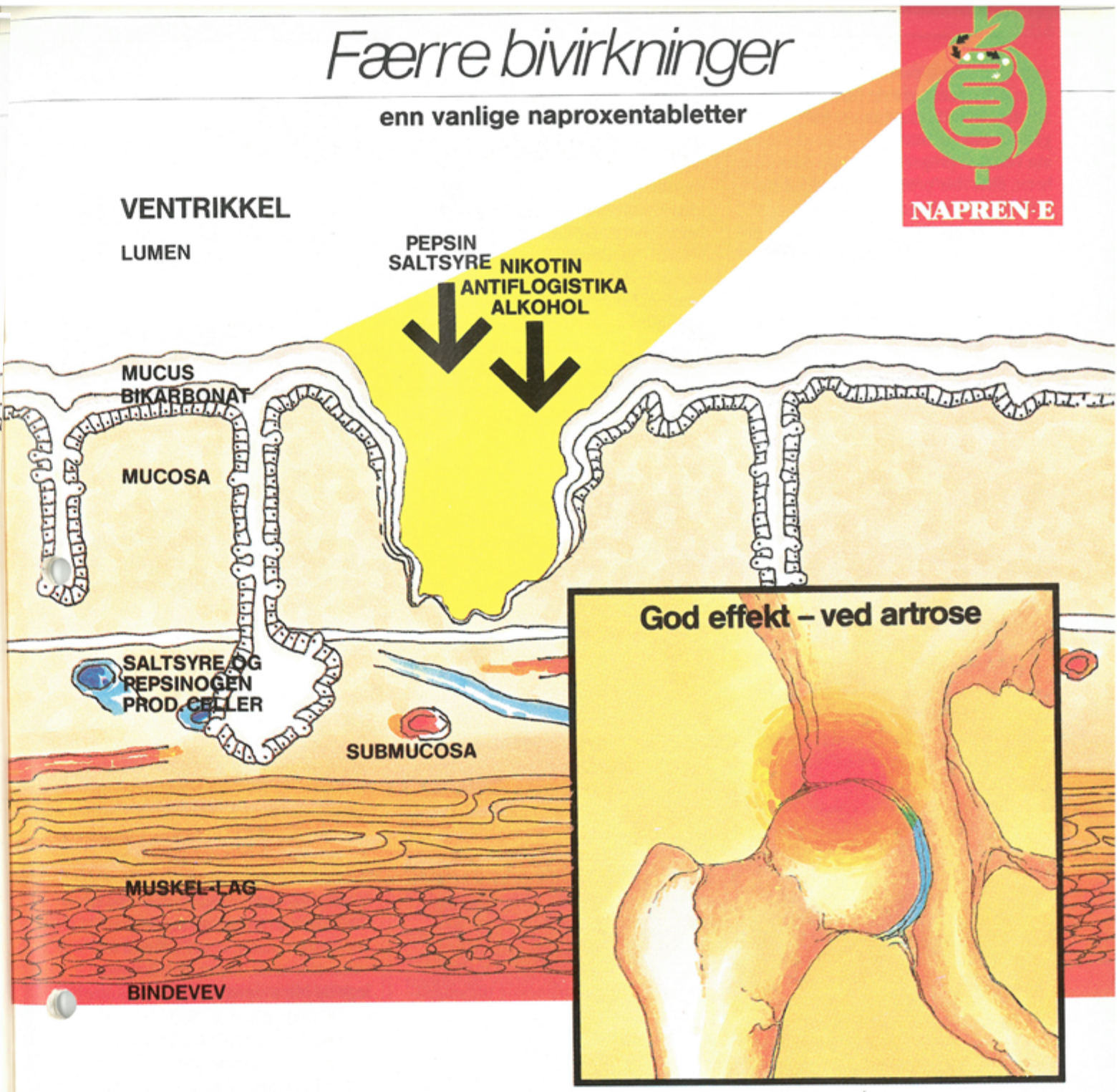
Det må være lenge siden dette kartet ga en rimelig beskrivelse av terrenget, og det er tilsvarende bekymringsfullt at så mange fortsatt navigerer etter det. Faren for å gå seg vill er overhengende. Lege-pasientforholdet eksisterer ikke i et vakum, men påvirkes av den generelle utvikling og må ses i et kulturelt og

⇒

Færre bivirkninger

enn vanlige naproxentabletter

NAPREN-E



NAPREN-E®

Enterodrasjerte naproxentabletter

- Gir mindre tendens til skader i ventrikkelslimhinnen enn vanlige naproxentabletter
- God effekt
- Forkortet varighet av morgenstivhet
- 1 x daglig; 500–1000 mg om kvelden ved reumatoid artritt, mb. Bekhterev og artrose

Se forøvrig felleskatalogtekst

Nycomed Pharma A/S
Postboks 5012 Majorstua
0301 OSLO
Telefon 02 96 36 36

NYCOMED PHARMA

samfunnsmessig perspektiv. Vår tid som aksepterte autoritære og patriarkalske allvitere er forbi. Samfunnet har gått gjennom en egalitær fase og er på vei inn i en fase preget av forbrukerrettigheter, eller mer presist; de sterkeste forbrukernes rett. Legens rolle er endret fra monarkens i det opplyste enevelde og er på vei mot ekspeditørens i helsebutikken. Under en vanlig konsultasjon kan ihvertfall fire roller identifiseres: Rådgiveren, leverandøren, ressursfordeleren og kontrolløren.

Rådgiveren.

Pasienten vet ofte ikke hvilke helsevarer og tjenester han er best tjent med og er ofte (smertelig) klar over sin uvitenhet. Det er flere årsaker til dette. Kunnskapene om og forståelsen av helse- og helsetjenester er mangelfulle og vanskelige å erverve på en tilstrekkelig god måte. Dels er de kompliserte og dels kan opplysningene fra ulike kilder være divergerende. Det aktuelle helseproblemet kan redusere dømmekraften og bidra til irrasjonelle vurderinger. Ofte vil det være reelle usikkerhetsmomenter til stede med hensyn til hva tjenestene kan medføre både av godt og vondt. I denne situasjonen bruker pasientene oss som rådgivere og delegerer beslutningsmyndighet til oss. Dels tror de sjansen for et riktig valg og optimale resultater øker. Dels oppnår de ansvarsfritak for mulige, uheldige følger. Hvor mye myndighet som delegeres avhenger av pasienten, legen, problemet, helsetjenestens organisering og kulturell tradisjon.

Leverandøren.

Som pasientens helsefaglige konsulent påvirker vi i vesentlig grad etterspørselen av ulike helsetjenester. Samtidig er vi også leverandører eller delleverandører av tjenestene, ikke sjelden i konkurranse med andre. Vi opererer med andre ord på begge sider av markedet.
Pasientens valg kan i gitte tilfelle påvirke både vår privatøkonomi og vår faglige karriere. Dette skjer i en tid med et tiltakende utflytende og subjektivt definert sykdomsbegrep. Kontrollerbare normer for hva som er riktig og nødvendig behandling er i mange tilfelle så romslige at "norm"-begrepet er direkte misvisende. Kravet på og tiltroen til helsetjenester og behandling er tilsynelatende eksponensielt voksende. En vesentlig del av utgiftene bæres av en utenforstående part; det offentlige, hvis kontrollmuligheter er nær ikke-eksisterende. Det er vanskelig å være edruelig leverandør i slike tider.

Ressursfordeleren og kontrolløren.

Lønningsutvalget (1) beskriver virkeligheten slik: "De tusenvis av valg som treffes når det gjelder undersøkelse, behandling, pleie og oppfølging av den enkelte pasient, låser i høy grad ressursbruken i helsetjenesten. Ansvaret for prioritering av bruken av store helsetjenesteressurser er i virkeligheten på denne måten desentralisert til den enkelte helsearbeider, og spesielt til den enkelte lege". Det er trolig ingen annen eller bedre måte å gjøre dette på.
Dette faktum ligger også bak de offentlige krav som stilles til vår virksomhet slik de kommer til uttrykk i f. eks. folketrygdloven og i våre egne etiske regler. Disse kravene er slett ikke nye, men har bare blitt mer synlige etterhvert som det knyttes konflikter til dem: Pasientenes økende krav på medbestemmelse og selvbestemmelse, som ikke alltid sammenfaller med vårt faglige syn. Det stadig økende gapet mellom potensielle og ressursmessig tilgjengelige terapeutiske muligheter. Endringen av sykdomsbegrepet med økende andel objektivt ukontrollerbare sykdommer og en samfunnsutvikling som stimulerer til overgang i sykerollen.

Tillit.

Tillit bør alltid være fundamentalt i lege-pasientforholdet, men hva bør den bygge på? Gode byggesteiner for tillit er ærlighet, åpenhet og gjensidig respekt med grunnlag i den faktiske virkelighet. Pasienten må vite at det er grenser for hvor langt vi kan etterkomme deres ønsker - både ut fra samfunnspålagte regler, ressursbetraktninger og egen faglig integritet.

Hva gjør vi så?

Vi må i anstendighetens navn vedkjenne oss vår rolle som ressursforvaltere og prioritere og stille krav til dyktighet og kvalitet også for denne siden av virksomheten vår. Ganske særlig gjelder det oss primærleger der vi sitter som en helsehimmelens St. Peter med nøkkelen til helsetjenestens (antatte) paradis; sykehusene og spesialistene.

Helseøkonomi og beslutningslære blir fagområder vi vanskelig kommer utenom. En trøst kan det da være at økonomiens grunnbegrep er nytte og ikke kostnader eller kostnadsreduksjon, slik mange feilaktig synes å tro. Helseøkonomens mål er å maksimere nytten i et samfunnsperspektiv med de ressurser som er tilgjengelige (2).

Alternativkostnad er et nøkkelbegrep og særlig nyttig for å anskueliggjøre økonomisk tankegang. Alternativkostnaden ved et tiltak er den nytten du går glipp av ved ikke å kunne bruke ressursene til det nest beste eller alternative tiltaket. Kostnaden ved det ekstra kvarteret fru Olsen fikk til å beklage seg over sin alkoholiserte mann, er at Pedersen må vente et kvarter, møter en tidsstressa lege og blir avspist med fem minutter for sin dyspepsi. Brukes tiden til hyppige blodtrykkskontroller, er kostnaden kanskje mindre tid til hjemmebesøk.

Vi bekjenner oss til helheten. Langt på vei legitimerer den hele vår eksistens. Helheten er mangslungen og større enn pasienten. Ulike sider av den belyses i nyere tankemodeller som systemteori

og økologisk medisin. I et ressursperspektiv omfatter helheten minst den enkelte leges pasientpopulasjon. Skal vårt helhetlige ideal ha troverdighet, må helhetstenkningen også omfatte pasientpopulasjonen og fordelingen av våre ressurser på den. Ved å identifisere alternativkostnadene i vår daglige virksomhet og gjøre dem minst mulige, har vi tatt et langt skritt på veien for å oppfylle dette kravet.

Hva er en god helsebil? Et verdensbilde.

Barnet som velger Cadillac påkaller et overbærende smil; så lite det vet om verden! Men hva vet egentlig vi? Hva er en god helsebil, og hvilken bilpark bør helsevesenet ha? Et meningsfylt svar må ta utgangspunkt i en oppfatning av virkeligheten:

God helse er ikke et mål i seg selv, men for de fleste en viktig forutsetning for et lykkelig liv. Uavhengig av hvilket helsebegrep en bekjenner seg til er helse et verdiladet og flerdimensjonalt begrep. Hvilke sider en vektlegger vil i betydelig grad avhenge av eget ståsted og interesser.

Det er ofte betydelig usikkerhet om sammenhengen mellom iverksatt helsetjeneste og endring i helsetilstanden - også etter at tjenesten er utført. Hypertensjonsbehandlingens vaklende fundament burde i disse tider være tilstrekkelig stikkord for å dempe selvgode, akademiske brushaner.

Enhver kostnad-nytte-analyse av helsetjenester vil måtte bygge på eksplisitte og/eller implisitte verdsettinger av ulike helsetilstander. Det er fortsatt formidable, uløste metodeproblemer knyttet til måling, verdsetting og sammenlikning av ulike helsetilstander (3). En vurdering av de ulike helsebilene blir tilsvarende vanskelig og usikker. Et ubehagelig sentralt spørsmål er hvem som har rett til å foreta de nødvendige verdsettinger: Hvilken verdi har en smertefri hofte? Idag gjøres disse verdsettingene i stor utstrekning av oss. De burde gjøres av pasienten selv, eller i et samfunnsperspektiv; deres politisk valgte representanter. Helsepersonell har verken større forutsetninger eller større rett enn andre til å verdsette ulike helsetilstander.

Helsetjenestens betydning for folkehelsa er betydelig overdrevet. Wildavsky's påstand fra 1977 (4), at det bare er 10 % av folks helseproblemer helsetjenesten kan gjøre noe med, møter få protester, men svært få har skjønt implikasjonene. Loven om avtagende grensenytte taler også i vår disfavør: Etterhvert som en tjeneste tilføres ressurser vil nytteøkningen for hver ny ressurstildeling avta. Mange deler av helsevesenet har idag en slik utbygningsgrad at videre ressurstilførsel bare vil gi marginal nytteøkning. Flere vil endog hevde at ytterligere utbygging av enkelte tiltak har direkte negativ virkning - enten som følge av bivirkninger ved tiltakene, eller på grunn av de alternativkostnader de medfører.

Med utgangspunkt i dette medisinske verdensbildet er det ikke tilstrekkelig å spørre hva som er en god helsebil. Like viktig er det å spørre hvem som bestemmer og bør bestemme hva som er en god helsebil? To viktige, aktuelle problemstillinger er nær knyttet til disse spørsmålene; kvalitetsdebatten og diskusjonen om samfunnsmedisinerens framtidige yrkesrolle.

Kvalitetsdebatten.

Vi opplever en økende fokusering på kvalitet og kvalitetskontroll: Det er viktig at vi prioriterer kvalitetskontroll slik at ikke andre kommer utenfra og gjør det for oss. Dette vanlige utsagnet har et lite sjarmerende janus-preg. Selvkritisk holdning til eget arbeid er positivt og en viktig forutsetning for forbedring, men hvor dypt stikker den? Frykten for å slippe andre til, kikke oss i kortene og attpåtil kanskje være med på å bestemme kvalitetspremissene er skuffende, men i tråd med rotfestet, medisinsk laugstradisjon. Denne manglende åpenhet undergraver med rette befolkningens tillit til oss. Vi lever i et samfunn som gjør krav på åpenhet. Det er et tragisk paradoks når vi for å bevare vår status, velger en foreldet, lukket strategi.

Spørsmålet om lokalsykehusenes framtid belyser på en avslørende måte problemstillingene og konfliktene knyttet til kvalitet, kvalitetspremisser og premissleverandører. I en nylig utgitt rapport (5) besegler Helsedirektoratet lokalsykehusenes framtid: Det vil ikke være mulig å drive disse sykehusene videre innenfor akseptable økonomiske rammer dersom medisinske kvalitetskrav skal oppfylles. Det er den medisinske utvikling med økte krav om døgnbasert tilgang på spesialleger og grenspesialister som er utslagsgivende. Omtrent samtidig ble det publisert en undersøkelse fra et av våre store sykehus (6). Den slår fast at 88 % av alle innleggelser ved sykehusets medisinske avdeling kunne vært adekvat tatt hånd om på lokalsykehusnivå. De massive og unisone folkeopprør mot tidligere innleggelser og forsøk på nedleggelse av lokalsykehus forteller sitt tydelige språk om befolkningens verdinormer. Det er vanskelig å finne andre aktuelle samfunnsspørsmål som utløser tilsvarende entydig engasjement (med mulig unntak for kongelige signingsferder). Spørsmålene blir påtrengende: Hva bør inngå i kvalitetsbegrepet og hvem er de rettmessige premissleverandører for ulike komponenter av begrepet?

Samfunnsmedisinerens nye rolle.

Samfunnsmedisineren fikk det "nye" ⇒

medisinske verdensbildet i hodet ved innføringen av kommunehelseloven i 1984. Hans ord var ikke lenger lov. Det kunne være viktigere samfunnsmål enn helse. Han kunne til og med risikere å måtte sitte på gangen når beslutningene ble truffet. Slaget var hardt, og mange lider fortsatt. Noen har valgt furtingen med vedvarende klagesanger over samfunnets uforstand. Andre har søkt tilflukt i det miljørettede helsevern og rendyrker det etter tradisjonelt, medisinsk, reduksjonsistisk mønster. Men er det riktig å prioritere tradisjonelt, miljørettet helsevern når folks helse rives ned av fundamentale, eksistensielle problemer knyttet til manglende eller utrygt arbeid, lokalsamfunn i oppløsning og bysamfunn i neoplastisk, ukontrollert vekst der løsningen for stadig fler er medikalisering?

Samfunnsmedisineren burde beskjeftige seg mye mer med helsebiler. På samme måte som pasienten trenger en faglig rådgiver, trenger de besluttende myndigheter det. Ingen har bedre faglige forutsetninger. Der sykehusoverlegene bare ser køene utenfor sine egne stenopeiske hull - køer de ikke sjelden selv har bidratt til å skape - har primærlegene panoramautsikt over behovene og deres mangfold fra grasrota, som er - helsevesenets rettmessige topp!

Helsebiler er også viktige fordi de preger så mye både av helsedebatten og folks holdninger til helse og helsetjenester generelt. Men samfunnsmedisinerne er nesten totalt fraværende i dette mediabildet og overlater helt arenaen til sykehuskollegene og ymse andre pressgrupper.

Slik bør det ikke fortsette. Helhetsperspektivet - og med det særlig de svake gruppene - blir taperne. Det er to problemer med nye helse-Cadillac'er. De er ofte ikke så gode som forespeiles, og de innebærer alltid en alternativkostnad.

Stadig oftere kan det reises spørsmål om ikke alternativkostnaden er større enn nytten ved det nye eller "forbedrede" tiltaket. I storsamfunnet er dessverre kostnaden ofte vanskelig eller umulig å anskueliggjøre. I lokalsamfunn er det lettere: dersom kommunelegen i Nesdalstind på 4.500 innbyggere klarer å skaffe en helsesøsterstilling til, vet han at kostnaden kan være at ungdomsklubben mister sin fritidsleder, eller at et valgfagtilbud ved ungdomsskolen forsvinner. Vil det være et framskritt for folkehelsa? Situasjoner der tiltak i andre sektorer bør prioriteres på bekostning av helsetjenestetilbudet eller der lavstatushelsetjenester bør prioriteres framfor høystatustjenester, vil være vanlige. Å forsvare slike valg er ingen oppgave for osteoporotiske rygger.

I denne sammenheng er det også betenkelig at de statlige, faglige tilsynsmyndigheter er frigjort fra økonomisk ansvar for sine beslutninger. Dermed er heller ikke de nødt til å ta helhetlige hensyn. Faren for faglige krav i Cadillac-klassen med tilsvarende ødeleggende alternativkostnader øker, og tendensen kan allerede spores.

I denne situasjonen er det skrikende behov for helhetstenkende samfunnsmedisinere som har erkjent helsevesenets begrensninger og er villige til å arbeide for en tilpasning av helsevesenets bilpark og en smule avmedikalisering av samfunnet. De må ta opp kampen med sykehuskollegene om hvem som er de rette rådgivere. De må erkjenne mediasamfunnet og det eksisterende forvaltningssystem og tilegne seg de mestringsteknikker disse krever. De må innta og besjele fylkeslegekontorene og Helsedirektoratet. Interkommunale samfunnsmedisinske fora må dannes, markedsføre sin kompetanse og kreve primærhelsetjenestens rett til å påvirke utformingen av fylkeshelsetjenesten. Langt fler bør gå inn i ledende, administrative stillinger som helse- og sosialsjefer, sykehusdirektører og dess like. Endog politikk bør være en farbar vei for noen.

En alternativ medisinsk etikk.

Den skotske helseøkonomen Mooney's (2) forslag til en alternativ medisinsk etikk kan være en passelig provoserende avslutning på dette essayet:

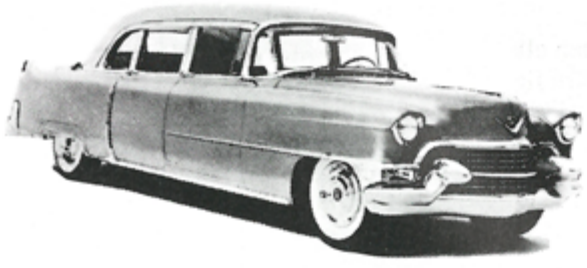
1. Alle typer helsetjenester som ikke er dokumentert medisinsk effektive bør oppgis.
2. Ingen helsetjeneste bør drives dersom de samme resultater kan oppnås på en billigere måte.
3. Prioriteringer, planlegging og evaluering skal baseres på prinsippet om å maksimere den samfunnsmessige nytten med de tilgjengelige ressurser - med mulige unntak som følge av likhetskrav.
4. Verdiene som legges til grunn under pkt. 3, skal være samfunnets. Kliniske helsearbeidere bør ekskluderes fra å virke som samfunnets talsmenn i denne sammenheng.

Litteraturliste:

1. Norges offentlige utredninger. Retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste. NOU 1987: 23. Oslo: Universitetsforlaget, 1987.
2. Mooney GH. Economics, medicine and health care. New York: Harvester Wheatsheaf, 1986.
3. Drummond MF. Principles of economic appraisal in health care. Oxford: Oxford University Press, 1989.
4. Wildavsky A. The political pathology and health policy. I: Knowles J, red. Doing better and feeling worse. New York: 1977.
5. Småsykehus - fremtidige oppgaver og funksjoner. Helsedirektoratets utredningsserie nr. 3/91. Oslo: Helsedirektoratet, 1991.
6. Bjørnstad E, Bergesen Ø, Nordhaug B, Abildgaard U, Stene-Larsen G. Innleggelser i medisinsk avdeling. Tidsskr Nor Lægeforen 1990; 110: 3362-5.

Kommunelege
Petter Øgar
Hornindal

❑



God bok om spedbarnsalderen

Spedbarnsalderen
Lars Smith og
Stein Erik Ulvund.
Oslo Universitetsforlag
1991. 392 sider.

En bok om barns atferd og utvikling i spebarnsalderen, dvs. i denne sammenheng: de to første leveårene.

En lærebok for ulike faggrupper. Forfatterene foreslår i innledningen: hele boka for pedagoger og psykologer, deler av boka for bl.a. helsesøstre, jordmødre og pediatere.
At vi som allmennpraktikere og helsestasjonsleger er utelatt fra det gode selskap må vel sees på som en tilfeldig forglemmelse fra forfatterenes side?

Et innledende kapittel gir oss innblikk i gamle og nye modeller for utvikling og skisserer endel metodeproblemer i studiet av spedbarn.
Boka er ellers inndelt i kapitler om nyfødtperiode, samspill, persepsjon, oppmerksomhet/læring, emosjoner, tilknytning, kognitiv utvikling og språk.
Egne kapitler tar for seg utviklingsvurdering, atypiske spedbarn, barnet i familien og dagomsorg/døgnplassering.
I avslutningskapitlet oppsummerer forfatterene sitt syn på spedbarnstidens betydning, synspunkter som rører ved vår gamle barnetro. Her kastes vrak på både Freud og Piaget, ja på alle "enkle" forklaringer på barns utvikling.

En murstein av en bok.
Side opp og side ned refereres forskningsprosjekter og resultater. Den som orker kan lese!
Boka er spekket med sjarmerende spedbarnsportretter i svart/hvitt.
Dessuten finner vi en rekke tabeller og figurer av varierende forståelighet.

Vi blir presentert for spedbarnet som et tildels meget kompetent individ som tidlig kan gjøre bruk av sine sanser til for eksempel å kjenne igjen sine omsorgspersoner. Spedbarnet har sitt eget temperament og bidrar aktivt i samspill med omgivelsene. Det er selv med og former miljøet det vokser opp i.

Her er, som nevnt, mye tungt stoff som en nokså trygt kan hoppe over, men pass på! Det glimter til, og *det* ganske ofte, med interessante poenger og relevant informasjon, gjerne av den typen vi kan ta med oss på helsestasjonen og gjøre bruk av neste dag.
For eksempel:
Vi er vant til å gi foreldre det råd at de skal stimulere barna i utviklingen. Særlig skal de barna som er retarderte eller som vi tror kan være det, stimuleres flittig.
Iflg. boka er det en "U-formet sammenheng mellom stimuleringsnivå og atferd/utvikling". For mye stimulering virker altså mot sin hensikt, og ikke bare det: Ratarderte barn har smalere vindu, dvs. avstanden fra optimal stimulering til overstimulering er liten.

Dette gir endel nye perspektiver i forhold til vår rådgivning som jeg synes er verdifull å ha med seg.

Verdifulle perspektiver får vi og på screeningsundersøkelser, slik vi blant annet bruker dem på helsestasjonen, og vi får forslag til alternativer.

Jeg anbefaler denne boka som oppslagsverk, som bok å bla i og til å kose seg over mens man ser på bildene og tenker på den verdifulle og sjarmerende spedbarnsalderen.
Jeg anbefaler også lesing av endel kapitler i sin helhet.
Jeg tror stort sett vi kan konsentrere oss om de kapitlene som er anbefalt helsesøstre og pediatere.

Dette er en bok som gjør oss litt klokere og som gir inspirasjon til videre jobbing med de aller minste barna!

Anmeldt av:
kommunelege
Ida Garløv
4330 Ålgård

❑

Forskning om barn i Norge

Per Egil Mjaavatn, daglig leder Norsk senter for barneforskning. Han er filolog med norsk og språkvitenskap som fag.

Av Per Egil Mjaavatn

Pionerer i norsk forskning om barn som Helga Eng og Åse Gruda Skard var enslige svaler i sine miljø. Studier av barn ga i mange år liten prestisje i forskernes verden. Ute i folket derimot ble f.eks. Åse Gruda Skards populærvitenskapelige innsats tatt i mot med åpne armer. Hun ble en av våre mest kjente forskere blant folk flest. Først i de senere år har våre politikere løftet barna opp på den politiske dagsorden og synliggjort mange generasjoners forsømmelser. Dette har ledet større økonomiske ressurser til forskning om barn - noe som igjen rekrutterer forskere. Men fremdeles har arbeide med barn lav prestisje på mange fagområder - også i forskning. Det er nok å nevne fag som førskolepedagogikk, barnepleie, pediatri og barnepsykiatri.

I denne korte oversikten over norske barneforskningsmiljøer definerer jeg barneforskning som studier der barnet er det egentlige forskningsobjekt, studier der barnets liv, oppvekst og utvikling står i fokus - ikke sykdommer, miljøgifter eller pedagogiske teorier som *også* har konsekvenser for barn. Dersom vi ikke legger slike begrensninger i oversikten vil vi måtte ta med svært mye av vår forskning innen medisin, naturvitenskap, samfunnsvitenskap og kultur.

1. Studier av spebarnets utvikling og spebarnsfamilier.

Sentrale miljøer er knyttet til universitetene i Oslo og Bergen. I Oslo til barneklinikkene på Ullevål og Rikshospitalet og til Psykologisk institutt på Blindern. I Bergen er Barneklinikken ved Haukeland sykehus og deler av Psykologisk fakultet aktive. Studier av premature og andre risikobarn står sentralt. Arbeidene publiseres oftest som artikler i fagtidsskrift og som bøker. Et stort prosjekt ved Inherred sykehus, Levanger bør også nevnes. Prosjektet har som formål å tidligst mulig fange opp barn med risiko for avvikende utvikling.

2. Barn i førskolealder.

Norsk forskning om førskolebarns oppvekst og utvikling er omfattende, men har muligens ikke samme tyngde som forskninger rundt de minste barna. Unntak er enkeltmiljøer som Statens senter for barne- og ungdomspsykiatri i Oslo, Psykologisk fakultet, Universitetet i Bergen og enkeltprosjekter knyttet til Statens spesiallærerhøgskole. I de seinere år har lærerhøgskolene gradvis opparbeidet forskningskompetanse. Forskning om førskolebarns utvikling foregår i dag særlig ved Barnevernsakademiet i Oslo og Dronning Mauds Minne - Høgskolen for førskolelærerutdanning i Trondheim. Ved Universitetet i Trondheim finnes større enkeltstående prosjekter ved Pedagogisk institutt, Psykologisk institutt og Institutt for anvendt språkvitenskap. De medisinske miljøene og universitetsmiljøene forøvrig publiserer gjerne sin forskning gjennom bøker og vitenskapelige tidsskrifter. Mange av lærerhøgskolene - slik som Barnevernsakademiet og Dronning Mauds Minne har egne rapportserier.

3. Barn i skolealder.

Vi har ikke mange forskningsmiljøer i Norge som særlig har arbeidet med normalutvikling hos barn i skolealder. Det meste av forskningen her er knyttet til pedagogisk-psykologisk forskning rundt skolesituasjonen. Pedagogisk forskningsinstitutt, Oslo, Statens spesiallærerhøgskole og lærerhøgskolene forøvrig er i dag aktive med mange prosjekter. Få setter imidlertid barnet i sentrum. Lærerhøgskolene og distriktshøgskolene i Kristiansand og Stavanger har lenge hatt aktive forskningsmiljø. Ved de fleste andre skolene finnes det en-

keltpersoner som er opptatt av aldersgruppen.

Et spesialområde som barns leseferdighet har fått sitt eget Norsk senter for leseforskning ved høgskolesenteret i Stavanger. Barns skriveferdigheter er gjenstand for omfattende studier med utgangspunkt i Universitetet i Trondheim, AVH og Lærerhøgskolen i Trondheim.

Flere institusjoner har prosjekter knyttet til barn og unges forbruk og livsstil. Statens institutt for alkoholforskning, Oslo, Statens institutt for forbruksforskning i Oslo og Psykologisk fakultet, Universitetet i Bergen har alle omfattende forskning på området.

NAVF's program for ungdomsforskning er satt i gang et omfattende prosjekt for å kartlegge livskvalitet og hverdagsliv hos eldre barn og ungdom. Også Norsk senter for barneforskning er med i dette arbeidet.

4. Barnevern - barnemishandling.

Mye av forskningen på dette området er rettet mot hjelpeapparatet og de voksne. Det er imidlertid en rekke prosjekter som også retter seg direkte mot barna. Nic Waals institutt og Statens senter for barne- og ungdomspsykiatri, begge i Oslo, har i mange år hatt forskning på området. Barnevernets utviklingssenter i Oslo har også flere prosjekter i gang.

Personell knyttet til sentralsykehuset i Ørenskog, Aker sykehus og Rikshospitalet har i økende grad engasjert seg i forskning omkring seksuelle overgrep mot barn. Redd Barna er i dag en viktig koordinerende instans i dette arbeidet.

5. Funksjonshemminger, kronisk syke.

Det er gjort en betydelig forskningsinnsats på dette området ved mange av våre sykehus, medisinske og spesialpedagogiske institusjoner. Alt kan ikke nevnes i denne korte oversikten. Det er likevel naturlig å nevne forskning rundt barn med astma og allergiplager knyttet bl.a. til Ullevål sykehus, Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo og Voksentoppen institutt for barn med astma og allergi.

Barn med diabetes har vært gjenstand for forskning ved en rekke av våre større sykehus som Ullevål, Aker sykehus, Rikshospitalet, Haukeland og sentralsykehusene i Rogaland og Vestfold.

6. Barn og kultur.

Barns lek og kulturlivet blant barn er et forsømt forskningsfelt der vi i de senere år har fått noe kunnskap. Etnofolkloristisk institutt ved Universitetet i Bergen er ved siden av Norsk senter for barneforskning trolig de mest sentrale forskningsmiljøene i dag. Det er forøvrig enkeltprosjekter i gang ved flere lærerhøgskoler. Enkeltpersoner som Åse Enerstvedt ved Hordamuseet og Jon-Roar Bjørkvold ved Musikkvitenskapelig institutt, Universitetet i Oslo har gjort en pionerinnsats på området.

7. Barn og naturmiljø/fysisk miljø.

Feltet skal nevnes fordi det er viktig - og fordi svært lite forskning foregår. Interesserte vil likevel kunne få noe informasjon på bakgrunn av enkeltprosjekter ved f.eks. Norsk institutt for by og regionforskning og Transportøkonomisk institutt, begge Oslo (fysisk miljø), Statens institutt for strålehygiene (stråling) og Kjemisk institutt, Universitetet i Trondheim, AVH (tungmetallforurensning).

Denne oversikten er selvfølgelig svært mangelfull. På enkelte områder kan det være tilfeldig hvilke miljø som er nevnt. Jeg håper likevel den kan være til hjelp for personer som leter etter kunnskap.

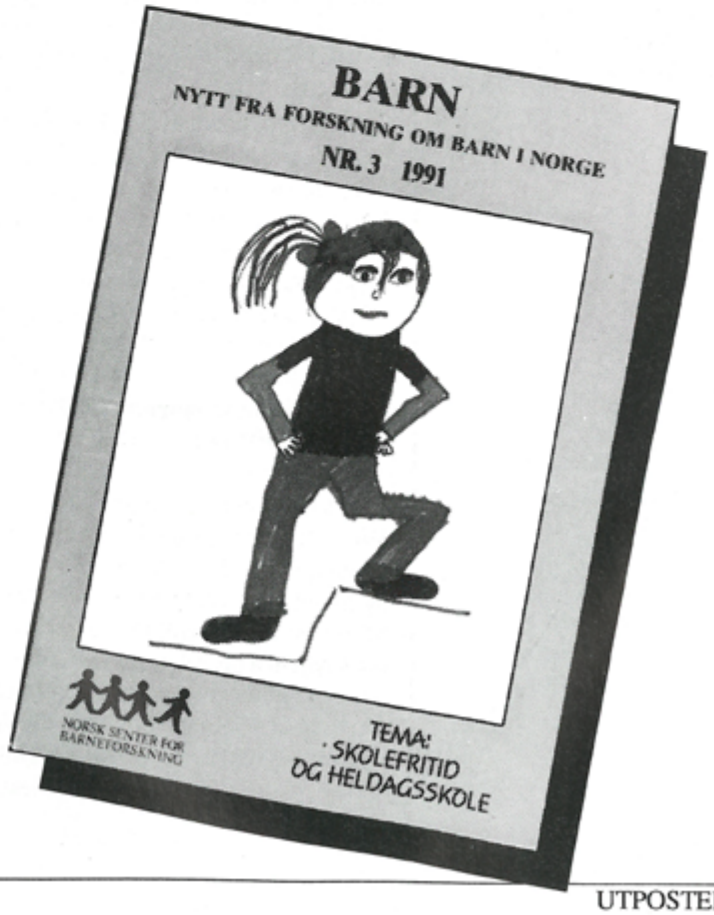
Norsk senter for barneforskning har en inngående kunnskap om pågående forskning og relevant forskningslitteratur på mange områder. Senteret har også mange egne prosjekter i gang, for tiden særlig innen følgende 3 områder:
1. Skole/barnehage.
2. Barns kultur.
3. Sosialt arbeid/barnevern/offentlig og privat omsorg.

Senteret er dessuten i gang med å utvikle barn og naturmiljø som forskningsfelt.
Interesserte kan kontakte:

Norsk senter for barneforskning
7055 DRAGVOLL
Tlf. 07-596240 Fax 07-596239.

Daglig leder
Per Egil Mjaavatn
Norsk senter for barneforskning

❑



Tilbake til det medisinske faderhuset?

Sverre Lundevall er cand. med Oslo 1976. Helseteam i Libanon 78 - 79. Kommunelege i Tromsø 83 - 88. Høsten 88 stipendiat ved Institutt for samfunnsmedisin i Tromsø. Arbeidet med prosjekt om konsultasjonen, noe som senere resulterte i en fin undervisningsvideo fra Tromsø-gruppen. Er nå begynt på St. Hanshaugen helsesenter i Oslo. Har i denne perioden arbeidet med videreføring av de positive erfaringene med veiledningsgruppen i allmennmedisin. Vinner av essayprisen 1989.

Om helsebegrepet og allmennmedisinerens oppgaver

Med det medisinske faderhuset menes sykdomslæren slik denne presenteres i det medisinske studiet. Essayet tar utgangspunkt i det press vi allmennpraktikere er utsatt for når det gjelder å utvide vår virksomhet. Det drøftes om en oppdeling av helsebegrepet kan hjelpe oss til å klargjøre og avgrense legens oppgaver i allmennmedisinske konsultasjoner. Aktuell litteratur og egne kasuistikker trekkes inn underveis. Forfatteren konkluderer med at vi allmennpraktikere må holde fast på sykdomslæren og med god samvittighet være opptatt av pasientenes sykdommer. I tillegg bør vi utvikle oss i rollen som pasientenes samtalepartnere omkring helsespørsmål, og hjelpe pasientene til å se sitt eget ansvar og sine muligheter til å ivareta sin egen helse.

Av Sverre Lundevall

Allmennpraksis som vindu mot vår tid?

Selvom vi er endel av Det Rike Nord som søker å holde Det Fattige Sør fra livet gjennom streng innvandringskontroll, er Norge i 90-årene fullt av folk som har smerter, er ensomme, ulykkelige, fattige, forkomne, bevegelseshemmede, pleietrengende, arbeidsledige, boligsøkende, flyktninger, rare personligheter, folk som har hatt uflaks. Alle disse gruppene søker samfunnets hjelp og kommer i økende grad også til oss allmennpraktiserende leger. Kommer gjør også alle de offentlige og private institusjoner og saksbehandlere som møter disse gruppene som kunder og klienter, og søker medisinsk-faglige holdepunkter til hjelp i sitt prioriterings- og avgrensningsarbeid. Tilsammen gir dette oss allmennleger massive impulser i retning av å utvide vår virksomhet til å omfatte stadig flere problemområder og behov.

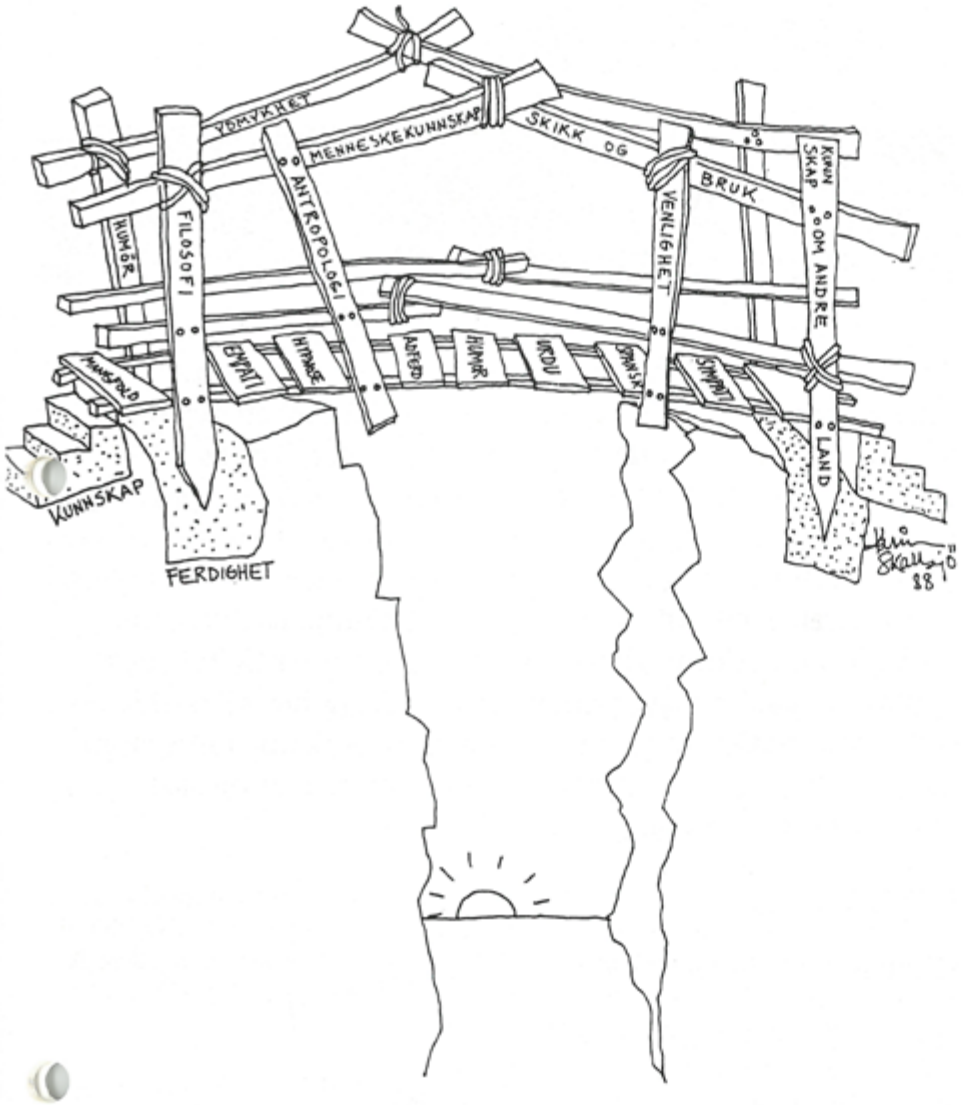
Samtidig høres advarende røster i tiden som sier til oss leger: Skomaker, bli ved din lest, du er ikke omnipotent. Som eksempel på en slik røst velger jeg her Heidi Tuft:

"Jeg tror faktisk legene forstrekker seg hvis de skal leve opp til forventningen om at de skal forstå *hele* pasienten. Det er best de holder seg til det de kan, på grunnlag av hva de er utdannet til" (1).

Jeg vil i dette essayet i prinsippet slutte meg til "de advarende røster", og drøfte om en oppdeling av helsebegrepet kan hjelpe oss til å klargjøre og avgrense legens oppgaver i allmennmedisinske konsultasjoner.

Historisk om avgrensningsinstitusjonen.

Georges Midre, professor i sosiologi i Tromsø, har i boken "Bot, bedring eller brød" (2) undersøkt det han kaller Avgrensningsinstitusjonen, belyst ved en historisk gjennomgang av tre epoker



i norsk sosialhistorie fra 1600-tallet til vår tid. Han argumenterer for at avgrensningen er svar på spørsmål som oppstår når det blir innført sosialpolitiske tiltak som er beregnet på en del av, men ikke hele befolkningen. Det dreier seg, populært sagt, om å skille mellom de verdig og de uverdig trengende. Midre viser hvordan avgrensningen reiser spørsmål som er knyttet til tre gjennomgående dimensjoner, nemlig "moral", "ressurser" og "marked". Hvilken vekt samfunnet legger på hver av disse dimensjoner er konjunkturavhengig.

Om tiden fra siste krig skriver han: "*Med et utvidet sykdomsbegrep og en stadig mer omfattende forståelse av samfunnsforholds innvirkning på den enkeltes livssjanser, blir det område av tilværelsen som er ansett å tilhøre "moral"-dimensjonen, tilsvarende innskrenket. Avgrensningsinstitusjonens moralske komponent får dermed en redusert betydning*".

Han kommer også inn på det nye avgrensningsproblemet vi nå er oppe i, på grunn av tendensen til at etterspørselen etter arbeidskraft er rettet inn mot bestemte grupper, mens andre holdes utenfor. Vi får da to parallelle systemer som skal realisere verdier som står i motstrid til hverandre. Det motiveringsarbeid som skal få de lite etterspurte til å akseptere et liv i lønnet arbeidsløshet, vil kunne undergrave opparbeidelsen av den arbeidsdisiplinen som er nødvendig for å få tilstrekkelig rekruttering til arbeidslivet: "Uførebegrepet bidrar til å løse den motsigelsen som da oppstår. Men medisinens hvite frakk er allerede spent til bristepunktet i forsøket på å dekke over denne verdimessige konflikten. Med en ytterligere utvidelse av "medikaliseringen" av utstøtningen er det fare for at frakken kommer til å gå opp i sømmene". På kort sikt ser likevel Midre ikke noen gode alternativer, og han antar at det vil ramme de utstøtte dersom "uføre"-begrepet ble helt løsrevet fra medisin og sykdom.

Mindres bok minner oss om at vi står i en historisk sammenheng: Våre spørsmål og dilemmaer er ikke nye. Med hensyn til for eksempel en allmennmedisiners følelse av å drive en virksomhet som kan virke utflytende er det en stor glede å lese gjengivelsen av Aleksander Kiellands karakteristikk av rekrutteringen til en institusjon som fantes i Stavanger på 1800-tallet, og som gikk under navnet "den kombinerede Indretning":

"*Først kommer der farlige Ledig-gjængere, voldsomme Slagsbrødre og riktig forkomne Existencer fra alle Kanter af Landet og fra Sverige: saa sidder der stakkels hjelpeløse gamle Kvinder i det saakaldte Spindehus og venter paa Døden; saa er der i den kvindelige Del af Arbeidsanstalten sinnesgalne Kjærringer, slette og umulige Mødre og Koner samt et uendeligt Tog af galne Jenter, som har holdt Leven og Ufred i Byen; og i Hus med disse er der alle Byens Syge, som ikke kan forpleies hjemme. Folk som er komne tilskade, smitsomt Syge, Tjenestepiger og andre hjemløse fattig Mænd og Kvinder med alslags Sygdom - især en overfylning af Syfilis. Og saa opi alt dette en Daare-kiste! - ja, hvorfor ikke? - det ene synes ikke galere end det andet - altså et ældgammelt "Bevaringssted for Vandvittige", som bestandigt er overfyldt. Læg så hertil af mer og mindre nødvendige Biindretninger: Badeanstalt, offentlig*

⇒

Bespisningsanstalt med Kogeri. Vaskehus, Lighus og Stenhuggeri, - saa har man omridsene af Stavanger kombinerede Indretning" (3).

Verdens helseorganisasjons helsedefinisjon.

Ettersom denne så ofte senere er blitt sitert løsrevet fra sin sammenheng, vil jeg her referere hele innledningen til Verdens Helseorganisasjons konstitusjon, vedtatt 1946:

"De stater som tiltrer denne konstitusjon erklærer i samsvar med de Forente Nasjoners Pakt at følgende prinsipper er et vilkår for lykke, harmoniske forhold og sikkerhet i verden:
Ved helse må forstås at et menneske ikke bare er fri for sykdom og svakhet, men at det nyter fullstendig fysisk, psykisk og sosial velvære.
Retten til helse er en av de fundamentale rettigheter for ethvert menneske uten hensyn til rase, religion, politisk overbevisning, økonomiske eller sosiale forhold.
Gode helseforhold for alle folkeslag er et vilkår for fred og sikkerhet og kan bare nås ved det best mulige samarbeid mellom de forskjellige stater og mellom enkeltindivider.
Enhver stats positive resultater i arbeidet for å fremme og beskytte folkehelsen er av verdi også for andre stater.
Ulik utvikling i de forskjellige land med hensyn til arbeidet for å fremme folkehelsen og få herredømme over sykdommer, særlig smittsomme sykdommer, representerer en felles fare.
Av grunnleggende betydning er at barna utvikler seg sunt og naturlig. Et vilkår for dette er at de settes istand til å leve harmonisk under stadig skiftende forhold i den verden som omgir dem.
Utbredelsen av medisinsk, psykologisk og dermed beslektet kunnskap og utnyttelse av denne kunnskap til fordel for alle folk, er helt nødvendig for å nå det høyest mulige helsenivå.
En opplyst allmennhet som yter aktiv medvirken er av største betydning for å føre folkehelsen framover.
Regjerningene har ansvar for sine folks helse og kan bare oppfylle det ved å gjennomføre de rette helsemessige og sosiale tiltak.
Ut fra disse prinsipper og i den hensikt å samarbeide innbyrdes og med andre for å fremme og beskytte alle folks helse, godtar de Kontraherende Parter denne konstitusjon og oppretter herved Verdens Helseorganisasjon som en særlig organisasjon under de Forente Nasjoner i samsvar med artikkel 57 i de Forente Nasjoners Pakt" (4).

Tidligere helsedirektør Karl Evang skriver i boken "Helse og samfunn" (5), at denne konstitusjon ble vedtatt etter et kort og hektisk forarbeid av 16 leger fra like mange forskjellige land. (Evang var selv en av disse). De fleste av disse leger hadde lang erfaring i forebyggende helsearbeid som helseadministratorer og hygienikere, et par var psykiatere. Alle hadde opplevd 2. verdenskrig, med dens ufattelige ødeleggelser, og på vekslende måter fått "*bestemmende inntrykk av den rolle de sosiale og økonomiske faktorer, makt- og eiendomsforhold i et samfunn spiller for helsetilstanden, og også for muligheten av å skape et effektivt helsevesen. De følte et behov for å rive legestanden i verden løs fra en for ensidig og snever biologisk-naturvitenskapelig innstilling til sin oppgave*".

Tiden var enda preget av optimisme, og tro på at menneskeheten nå etter to verdenskriger ville innrette seg på en konstruktiv og fredelig framtid. Oppgaven var ikke i første rekke å gi noen ny definisjon av begrepet helse, men å forsøke å beskrive og avgrense de oppgaver en solidarisk, faglig ledet og verdensomspennende helseorganisasjon burde ta opp. Evang poengterer likevel at det dreier seg om bevisst utvidelse av de tradisjonelle oppfatninger av hva sykdom og helse er. Han pressiserer at det ikke er sykdom som er nydefinert, men helse. "*En viktig side ved det nye helsebegrepet er nettopp at man kan være i utilfredsstillende helsetilstand uten å få stempelet "syk" på seg i den forstand at man blir belastet med en sykdomsdiagnose. Man søker med andre ord å komme vekk fra den altfor sterke opptatthet av avgrensede sykdomsenheter, og over til en mer samlet vurdering av om et menneskes funksjonsevne kan sies å være i noenlunde samsvar med hans anlegg og evner*".

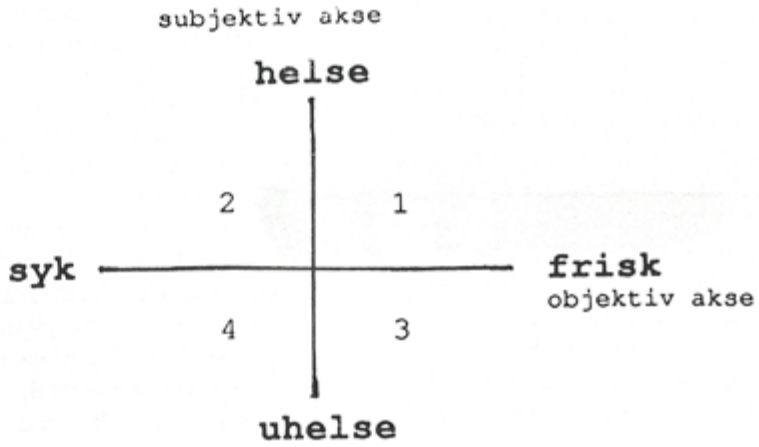
Refleksjon og begrepsopprydding.

Jeg tror verden av idag i enda høyere grad enn i 1946 trenger en helseorganisasjon som betoner de sosiale faktorers innvirkning på helsen, slik konstitusjonen ovenfor gjør.
Men i tillegg til de overordnete visjoner trenger jeg anvendelige begreper til hjelp i mine daglige konsultasjoner.
Premiss: Jeg ønsker (selvfølgelig) å opprettholde den sammenhengstenkning som det bio-psyko-sosiale synet på mennesket innebærer. Jeg vil heller ikke gi opp det pendeltoniske ideal om å hjelpe pasienten til å få fram sine tanker, bekymringer og forventninger i konsultasjonene. Jeg vet at denne imøtekommenhet kan drive meg ut i en utflytende virksomhet, og at jeg deler denne risiko med mange kolleger.

Spørsmålet blir: Hvordan kan vi klargjøre vår egen profil som allmennleger slik at våre praksiser ikke forfaller til konturløse "kombinerte innretninger?"

Jeg tror det kan hjelpe oss å klargjøre dette spørsmålet dersom vi skiller sykdomsdimensjonen enda tydeligere fra helsedimensjonen.

Et skritt i riktig retning er en modell som lanseres i det nyutkomne heftet "Primærlegen mot år 2000" av "Den nye tenkekomiteen" (6):



Jeg har likevel tre innvendinger mot denne modellen hvis den skal være til nytte i mitt daglige arbeid:

1) Syk/frisk som begrepspar svarer ikke til de kliniske overveielser en lege gjør. Legen overveier om pasienten har eller ikke har en bestemt sykdom, ikke om pasienten er generelt syk.
Syk/frisk som begrepspar blir derfor ulogisk fordi den ene polen er spesifikk (sykdom/diagnose), mens den andre er generell (frisk).

2) Uhelse er ikke godt språk. (Andre steder har jeg sett brukt ikke-helse, det er ikke noe bedre). Satt som begrepspar sammen med helse kan det indikere at helse er "noe" man har eller ikke har. Jeg antar at alle har en eller annen helsetilstand og foreslår derfor begrepsparet god helse/dårlig helse.

3) Jeg er usikker på effekten av å sette de to begrepspar opp som et koordinatsystem. Det kan blant annet indikere at helsedimensjonen er uavhengig av sykdomsdimensjonen, hvilket jeg tror mange pasienter vil være uenig i. Det kan også invitere legen til, i en konsultasjon, å prøve å plassere pasienten i en av de fire kvadrantene, med andre ord at legen blir en slags diagnostiker, ikke bare i sykdomsdimensjonen, men også i helsedimensjonen. Dette tror jeg kan lede galt avsted.

Mitt forslag blir derfor disse to begrepspar:

Sykdom/ikke sykdom
(sykdomsdimensjonen)
God helse/dårlig helse
(helsedimensjonen)

I sykdomsdimensjonen er begge poler spesifikke, og legens overveielser viktigst. I helsedimensjonen er begge poler mer generelle og det er pasientens overveielser som er viktigst.

Sykdomsdimensjonen.

Denne inneholder overveielser omkring diagnostikk, behandling, oppfølging, informasjon og forebyggelse knyttet til mer eller mindre definerte sykdommer. Slike overveielser gjør vi alle svært mange av hver dag. Og selvom virkeligheten er et kontinuum så må vi ta standpunkt: Vi må si ja eller nei til en hel rekke vanskelige spørsmål hver dag. Det venter både pasienter og samarbeidspartnere av oss allmennleger. Det er et paradoks at forskere som har tid og ressurser til å gå dypere inn i materien, ofte ender opp med fundamental tvil og f. eks. kan fortelle oss at det ikke finnes noen allment akseptert definisjon eller diagnostisk "gullstandard" for denne eller hin sykdom.

En trøst for oss praktikere som i motsetning til forskerne må prestere klare standpunkter i løpet av sekunder, er at vi slipper å sverge på at vi har rett. Vi arbeider forsåvidt under Bergprekenens parole: "Eders tale skal være ja ja, nei nei. Det som er mer enn dette er av det onde" (7).

Nedenfor følger noen eksempler på hverdagens spørsmål:

Ja	Nei
Diabetes 2	Ikke diabetes 2
Bakteriell luftveisinfeksjon	Ikke bakt. luftveisinf.
Nakkestivhet	Ikke nakkestivhet
Astmaanfall som krever sykehusbehandling	Astmaanfall som ikke krever sykehusbehandling
Hypertensive øyenbunnsforandringer	Ikke hypertensive øyenbunnsforandringer
Væske i mellomøret	Ikke væske i mellomøret
Depresjon	Ikke depresjon
Effekt av antidepressiva	Ikke effekt av antidepressiva
Bivirkning	Ikke bivirkning
Malignitetssuspekt	Ikke malignitetssuspekt
TIA-anfall	Ikke TIA-anfall
Senil dement	Ikke senil dement

Enhver får gjøre opp med seg selv, men jeg vil anta at mange i likhet med meg synes at disse overveielsene er vanskelige.

For et halvt år siden kjørte jeg legevakt og kom til en 60 år gammel mann med veldig vondt i nakken, og dette hadde oppstått samme morgen. Han hadde ikke feber eller andre symptomer, og virket ikke hysterisk. Puls og blodtrykk var normale. Han hadde dessuten kjørt en lengre tur på glatt vei to dager før, i tillegg til at han hadde som hobby å stå på hodet! Bare jeg såvidt prøvde å bøye nakken hans skrek han til av smerte. Jeg oppfattet dette som myalgiske smerter og ga smertestillende tabletter. Men om kvelden når jeg var ferdig med vakten merket jeg at jeg ikke fikk ham ut av tankene; hva var det for noe med nakken hans?
Jeg dro tilbake. Han hadde akkurat like vondt. Jeg ringte vakthavende lege på nevrologen som øyeblikkelig spurte: Er han nakkestiv? Jeg vred meg og svarte: Han er ihvertfall veldig stiv i nakken. Jeg hadde imidlertid bestemt meg for at jeg for min egen del ville ha mannen nærmere undersøkt, så jeg spilte ut spar ess og sa at jeg var bekymret for om han kunne ha subarachnoidalblødning. Nevrologen hørtes tvilende ut, men vi avtalte at han skulle se på ham neste formiddag, og glad var jeg. Ikke minst i kommunikasjon med sykehuskolleger tvinges vi ofte til å ta klare ja/nei-standpunkter og argumentere i forhold til spesifikke sykdommer for å få utløst ressursene.

⇒

Nevrologen for sin del vurderte ham som "ikke nakkestiv". Rtg. og scintigrafi av nakken var normal, men elektroforese av serum og urin hadde vist en viss forekomst av Bence-Jones-proteiner. Med "mulig fremtidig myelomatose" som merkelapp og kommunikasjonsledd har jeg derfor fått pasienten tilbake, med råd fra hematolog om å kontrollere hver 3. mnd. Mannens nakkesmerter har gått over. I vår videre kontakt vil min kunnskap om myelomatose, og kontakt med hematolog hvis jeg er i tvil, være en forutsetning for at han skal kunne ha tiltro til meg som lege.

Det sies ofte kritisk at vi leger er altfor opptatt av sykdommer, vi må bli mer opptatt av helse. Jeg synes dette er en kunstig motsetning, og jeg vil hevde at overveielser omkring definerte sykdommer fortsatt må stå helt sentralt også i allmennmedisinske konsultasjoner. Hva vi ellers måtte beskjeftige oss med må det ikke føre til svekkelse av kvaliteten på dette felt.

Afrikaneren K. konsulterte meg i vinter for første gang. Han hadde bodd endel år i Norge, men snakket likevel dårlig norsk. Nå hadde han oppkast og diare, oppstått etter et besøk i Sentral-Afrika en måned tidligere. Han virket syk og medtatt. Ved palpasjon var abdomen uten anmerkning, spesielt var leveren ikke forstørret. Jeg tenkte på dysenteri, hepatitt og AIDS og tok diverse blodprøver.
Hb 9,8, hvite 7,4, CRP 154, bilirubin 60, ASAT 36, ALAT 46, GT 123, ALP 330, HIV neg, Hb Antigen neg, Hb antistoff neg. Avføringen var negativ på salmonella, shigella, yersinia, campylobacter og parasitter.

Ved kontroll en uke senere var han bedre av diareen, men veldig slapp og ville bare sove. Temp. 36,7. Jeg hadde rådført meg med infeksjonsmedisiner som hadde foreslått flere avføringsprøver på parasitter, antydet leverabcess som en mulighet, dessuten at hans anemi og ikterus kanskje kunne skyldes en hemolytisk tilstand. Selvom pasienten virket syk fant jeg ikke indikasjon for øyeblikkelig sykehusinnleggelse, men rekvirerte flere prøver og avtalte ny kontroll.

Heldigvis hadde han pårørende som slo alarm da han ble verre og han ble innlagt av en kollega mens jeg var borte på kurs.
Så kom epikrisen: Han hadde en sykdom som ifølge Nordisk Lærebok i Indremedisin er "globalt set den mest betydningsfulde infektionssygdom", og som "ubehandlet har samme høye dødelighet som meningokokkmeningitis" og der "lærebøgernes klassiske feberkurver har kostet menneskeliv, når leseren mente, at ...var udelukket, da feberen var atypisk for denne sygdom".
Diagnose: Malaria falciparum.
Behandling: Klorokin og Fansidar, samt blodtransfusjon, idet Hb var 6,6 ved innleggelsen. Han ble raskt bra....

Samtidig må vi huske på at medisinens sykdomsbegreper er en svært variert bukett av teoretiske abstraksjoner, og ikke arter som hestehov og løvetann.

Et kontinuerlig kritisk arbeid må til både fra forskere og klinikere for å kritisere våre begreper og kvalitetssikre vår virksomhet i sykdomsdimensjonen.

Som eksempel på et bidrag fra forskningen kan jeg nevne Tromsø-gruppen Roar Johnsen, Bjørn Bernersen og medarbeidere som i år publiserte resultater av en stor befolkningsundersøkelse i Sørreisa, der de har gastroskopert og tatt biopsi av 309 personer med dyspepsisymptomer, og like mange uten slike symptomer. Det viser seg at bare 10 % av både de med og de uten dyspepsi hadde normale funn, og forfatterne konkluderer med at både endoskopører og patologer etter dette må se etter andre kriterier for å skille mellom sykdom og ikke-sykdom (8).

Som eksempel på hva jeg selv som kliniker kan gjøre kan jeg nevne: Når jeg står med mitt tonometer og skal måle pasientens øyetrykk føler jeg at jeg fomler og at resultatet blir tilfeldig. I en gruppepraksis ville det være en enkel sak noen ganger å be kollegene komme inn etter tur og tonometrere, og sammenligne resultatene etterpå. Kanskje jeg er bedre enn jeg tror?

Det er nok å gjøre, og mange morsomme små og store oppgaver å ta fatt på innenfor sykdomsdimensjonen. Jeg vil i denne sammenheng anbefale boken "Medical audit and general practice", som utkom i 1990 (9). Marshall Marinker skriver her: "Medical audit is the attempt to improve the quality of medical care by measuring the performance of those providing that care, by considering the performance in relation to desired standard, and by improving on this performance". Boken er full av praktiske forslag til hvordan leger kan komme igang med kvalitetsvurdering i sin egen praksis, både når det gjelder praksisorganisering og håndtering av de vanligste akutte og kroniske sykdommer. Et eget kapittel viser også hvordan audit kan ta utgangspunkt i "clinically significant events" som: Tilfeldig valgte konsultasjoner, henvisninger, utredningsrutiner, pasienter som gjør legen glad, pasienter med akutte brystsmerter, epileptiske anfall, feberkramper, nydiagnostisert malign sykdom, HIV-infeksjon, kliniske tabber. Medical audit blir i denne engelske versjon et forholdsvis vidt begrep, og terskelen legges lavt og innbydende. Boken vil særlig være velegnet for leger i en gruppepraksis som vil kvalitetssikre sitt arbeid i sykdomsdimensjonen.

Helsedimensjonen

Så er det ut på de 1000 favners dyp; helsedimensjonen.
Spørsmålet er: Hvis dette med god og dårlig helse ikke er synonymt med om man har eller ikke har spesifiserte sykdommer - hvordan skal vi nærme oss det da, i en konsultasjon?

Jeg må pånytt ta et klinisk eksempel, som samtidig avslører hvor kort jeg er kommet:

En gammel dame kom og sa hun ville ha en kontroll. "Hvordan står det til med meg?" sa hun. Jeg måtte høytidelig og rituelt måle hennes blodtrykk (jeg har dårlig erfaring med å hoppe over det hos gamle damer) og prøvde å fiske ut om hun engstet seg for bestemte sykdommer. (Kanskje hun var redd hun hadde fått blodpropp i beinet?) Men så, når jeg hadde ivaretatt sykdomsdimensjonen, så var det noe igjen, noe generelt: Hun kom jo og spurte om "rikets tilstand", og var tydeligvis opptatt av sin helse og sine fremtidsutsikter. Situasjonen lå tilrette for en opportunistisk helsekontakt.

Jeg sa: Hvis du skulle si noe om hvordan du oppfatter din egen helse hittil i livet, hva ville du da si var din styrke og dine svakheter?

Hun tenkte seg om og svarte: Jeg har veldig godt humør.

Akkurat da følte jeg: Dette kan være et gyllent øyeblikk. Hvordan skal jeg best mulig få til den videre samtalen sånn at pasienten overfor meg får utviklet sin egen helseforståelse?

Og akkurat så langt er jeg kommet. Jeg har identifisert mitt eget ønske om å ha "grønne fingre", se pasientens selvtillit som ekspert på sin egen helse blomstre opp.

Helsebegrepet må etter min vurdering være pasientens subjektive. Tentativt tror jeg vi i spørremåten skal hjelpe pasienten litt på vei ved å antyde at helsetilstanden har en annen tidsdimensjon enn for eksempel en akutt sykdom. (Omtrent som "klimaet" i forhold til "været"?)

Harald Siem setter leseren igang på en fin måte i en liten artikkel i bladet "Medisinsk Informasjon". Etter å ha nevnt kritikken mot Verdens Helseorganisasjons helsedefinisjon og lansert følgende alternativ: "helse er vår evne til å motstå påkjenninger av fysisk, psykisk og sosial art, slik at påkjenningene ikke medfører nedsatt livslengde, nedsatt utfoldelse eller nedsatt trivsel", spør han leseren: Hva er din definisjon på helse? (10)

Som en inspirasjon fra en annen medisinsk kultur enn vår vil jeg sitere fra boken "Islamic Medicine": (11)

"Tegnene på god helse hos en person med et balansert temperament er følgende:

- Sammensetningen av individet er tiltalende med hensyn til nyanser og farger som passer til de biologiske omgivelser,
- Kroppsbygningen er middels, hverken for tynn eller for tykk,
- Hårveksten er hverken for sterk eller for sparsom,
- Følelsen av kroppen er balansert med hensyn til kulde, varme, fuktighet og tørrhet,
- Søvn og våkenhet er moderat,
- Bevegelser er frie og lette,
- Intellektuell funksjon og hukommelse er god,
- Vaner og oppførsel er balansert mellom beskjedenhet og fasthet, sinne og ro, mildhet, humor, stolthet og ydmykhet,
- Drømmene er interessante og tiltalende,
- En med god helse nyter maten, fordøyelse og opptak er normale, og utskillingsfunksjonene er regelmessige."

(min oversettelse)

Jeg tror ikke det er noe mål å definere fram allment hva som menes med god og dårlig helse, men at vi som leger heller systematisk (nesten som antropologer) kan samle på pasienters helseoppfatninger, og fremfor alt samle på egne gode og dårlige erfaringer når det gjelder samtaler med pasienter om helsedimensjonen. (Hvordan omgjøre pasientens bestilling om helsekontroll til en helsekontakt?) Her vil videoopptak og en trygg kollegagruppe være viktige hjelpemidler. Kirsti Malteruds metode slik denne er beskrevet i hennes bok "Allmennpraktikerens møte med kvinnelige pasienter" (12), og også i en artikkel i Utposten nylig (13), viser vei.

Mitt spørsmål til den gamle damen i kasuistikken ovenfor kan være et eksempel på mitt første skritt i retning av et "nøkkelspørsmål" i helsekontakt.

Jeg har prøvd, tentativt, å sette opp noen stikkord for hva som kjennetegner overveielser omkring sykdomsdimensjonen og helsedimensjonen.

Konklusjon

Sykdomslæren tuftet på de medisinske basalfag er med alle sine utilstrekkeligheter det medisinske faderhus. Selvom vi allmennleger er under mange slags ytre press og kanskje også har indre ambisjoner om å være fødselhjelpere for et nytt medisinsk paradigme, må barnet ikke slås ut med badevannet, men pleies omhyggelig. I spørsmål omkring sykdom har vi særlige kvalifikasjoner som gjør at vi bør føle ansvar, påta oss oppgaver og holde hva vi lover. Innenfor helsedimensjonen bør vi hjelpe pasienten til å se sitt eget ansvar og sine egne muligheter. Greier vi å ivareta våre oppgaver innen disse to dimensjoner, bør vi med forholdsvis god samvittighet kunne være tilbakeholdende med å ta ansvar for problemer som faller utenfor.

Referanser:

1. Tuft H. Møte med døden midt i livet. Oslo: Aschehoug, 1991.
2. Midre G. Bot, bedring eller brød? Om bedømming og behandling av sosial nød fra reformasjonen til folketrygden. Rådet for samfunnsvitenskapelig forskning/ NAVF/Universitetsforlaget; 1990. 3. ibid. Kiellands beskrivelse er hentet fra et særtrykk fra "Stavanger avis" i 1889. Hele særtrykket er tatt inn i Stavanger Museums Årbok 1982.
4. Særtrykk av Overenskomster med fremmede stater, nr. 4, 1948. Utlånt fra Helsedirektoratets bibliotek.
5. Evang K. Helse og samfunn. Sosialmedisinsk allmennkunnskap. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 1974.
6. "Primærlegen mot år 2000". Hefte utarbeidet av en komite oppnevnt av: Alment praktiserende legers forening. Norsk selskap for allmennmedisin. Offentlige legers landsforening. Norsk bedriftslegeforening; 1991.
7. Matteus 5,37.
8. Johnsen R, Bernersen B, Straume B et al. Prevalences of endoscopic and histological findings in subjects with and without dyspepsia. BMJ 1991; 302: 749-52.
9. Marinker M (ed). Medical audit and general practice. London: The MSD foundation, 1990.
10. Medisinsk informasjon. Norsk tidsskrift med aktuell og saklig helseopplysning. 1991 nr. 3.
11. Khan MS. Islamic Medicine. London: Routledge and Kegan Paul, 1986.
12. Malterud K. Allmennpraktikerens møte med kvinnelige pasienter, TANO; 1990.
13. Malterud K. Hvordan gjøre ordene til bedre medisinske verktøy? Utposten 1991; 20: 200-02.

Bydelslege
Sverre Lundevall
St. Hanshaugen Helsesenter
Pilestredet 56
0167 Oslo

Sykdomsdimensjonen	Helsedimensjonen
Legens objektivitet viktigst	Pasientens subjektivitet viktigst
Spesifikke overveielser	Generelle overveielser
Ofte målinger, prøver, undersøkelser	Sjelden målinger, prøver,undersøkelser
Problemorientert	Ressursorientert
Kurativ og profylaktisk	Kurativ og profylaktisk
Tiltaksorientering: helsevesenet	Tiltaksorientering: pasienten/nettverket
Legerollen: Samle informasjon, vurdere, iverksette tiltak, informere.	Legerollen: Empatisk samtalepartner, tilrettelegge for økt selvtillit hos pasienten som ekspert på egen helse.

DEBATT innlegg

Om lever og seksuell trakassering

Sissel Frøberg (f. 1954) er sosiolog. Har forsket på seksuell trakassering for Norsk Kommuneforbund og som NAVF-stipendiat, og er medforfatter av to bøker om emnet.

Av Sissel Frøberg

Leveren til John Nessa har talt! (Utposten 1992/4). Litt om seksuell "trakassering" (Nessas anførselstegn), men mest om min påståtte private ideologi, som han mener jeg presenterer i ly av fag og forskning. Han påpeker riktig nok selv at innlegget ikke burde ha blitt til og at leveren hans aldri har utpekt seg med å være saklig, men jeg velger å ta leveren hans på alvor, for han har det vondt!

Som sosiolog og kvinneforsker ser jeg på kroppslige reaksjoner som en ressurs, og som et inntak til viktig informasjon. Men kroppens signaler er ofte ureflekterte følelser, som trenger bearbeiding gjennom hjerne og hjerte. En måte å bearbeide dem på er å innhente teoretisk kunnskap om hvorfor ens egen kropp reagerer. Derfor vil jeg i all hovedsak vektlegge hovedtrekkene i forskningsresultatene om seksuell trakassering i arbeidslivet, og bare avslutningsvis gi råd om behandling av Nessas leverplager.

Seksuell trakssering i arbeidslivet skyldes en maktubalanse mellom de(n) som utsetter og de(n) som utsettes. Maktubalansen i arbeidslivet tar flere former; den gjenfinnes mellom over/underordnet, arbeidsgiver/arbeidstaker, mellom heterofilien og homofilien, hvit og sort og - viktigst i denne forbindelse - mellom menn og kvinner. Seksuell trakassering baserer seg på - og er med på å opprettholde - denne maktubalansen mellom menn og kvinner. Maktubalansen, og seksuell trakassering, er fundamentert i to grunnpilarer: det kjønnsdelte arbeidsmarkedet og seksualiseringen av kvinnekroppen.

Det kjønnsdelte arbeidsmarkedet.

Norge har et utpreget kjønnsdelt arbeidsmarked. Rundt 90 % av lederne er menn her. Bare 16 % menn har til sammenlikning kvinnelige ledere (Holter 1990). Menn befinner seg dessuten i yrker som gjennomsnittlig har langt høyere status og lønn enn kvinneyrkene, der de aller fleste kvinner befinner seg. Disse fakta, som neppe kan være framkalt av *en* kvinneforskers private ideologi, bidrar til at menn - fordi de sitter i overordnete posisjoner - kan utøve seksuell trakassering av underordnete.

Det innebærer at også menn kan (og blir) utsatt for seksuell trakassering, men da som oftest av andre menn. I tradisjonelle mannsyrker er det ikke sjelden menn selv som skaper en seksuell atmosfære på arbeidsplassene, og gjør det selv om det ikke finnes en eneste kvinnelig ansatt (Gutek 1987). Maktubalansen mellom menn kommer til syne der lærlinger forteller om "døpeseremonier" som innebærer avkledning og fokusering på kjønnsorgan (Frøberg 1992), og der homofile forteller om trakassering fra heterofile menn (Steno 1986).

Men kvinners økonomiske og hierarkiske plassering i arbeidslivet er ikke hele forklaringen på hvorfor det er flest kvinner blant de utsatte. Det er lite som tyder på at den dagen det finnes like mange kvinner og menn på alle nivåer i arbeidslivet (som med dagens tempo vil si om ca. 750 år på professornivå), så vil kvinner i like stor utstrekning kunne utsette menn for seksuell trakassering. Det skyldes det andre fundamentet som maktubalansen mellom menn og kvinner bygger på; seksualiseringen av kvinnekroppen.

Seksualiseringen av kvinnekroppen.

Kvinner er spesielt sårbare for maktmisbruk der seksualitet blir benyttet som våpen. For "det går på verdigheten løs", sier sosiologen Rønnaug Sørensen

"Unge krigere" Foto: Universitetsbiblioteket I Bergen

(Brantsæter & Widerberg (red) 1992). Gjennom intervjuer med kvinner som har blitt utsatt for seksuell trakassering, framtrer den nære forbindelsen mellom kvinners kropper og deres verdighet. Kvinners verdi er avhengig av det å bli sett (av menn) som verdige til å bli elsket. Som mange kvinner har oppdaget, er balansegangen hårfin: ikke for lite (snerpe) - men heller ikke for mye (vulgær). Det må gjøres elsk-verdig.

Verdiladete ord som ære, dyd og anstendighet, synes å dreie seg om noe stort og opphøyd inntil vi forestiller oss kvinner og menn involvert. Da oppdager (i minste) den tyske sosiologen Frigga Haug, at de samme verdiene har ulik betydning for hvert kjønn, de referer til ulike praksiser og krever forskjellig atferd (Haug 1990). En manns ære bringer tanken om medaljer, fedrelandet og vellykkede forretninger. Henvisningen til mannskroppen er helt abstrakt og må ofres høyverdige mål, mener Haug. En mann er hva han *gjør*.

En kvinnes ære, dyd og anstendighet refererer i følge F. Haug til kropp og seksualitet. Kvinnen skal *være* ærbar, dydig og ikke uanstendig. En moralsk kvinne gjenkjennes følgelig ved måten hun forholder seg til sin kropp på. Haug påpeker at staten har oppdaget kvinner og deres kropper, men kvinner - som tar utgangspunkt i kroppen - ikke oppdager staten. Skygger kulturens æresbegrep for menn slik at menn bare ser gjerninger og ikke oppdager sine kropper? Kvinner føler det kroppslige ubehaget, men setter bare unntaksvis ubehaget i forbindelse med forhold på samfunnsnivå.

Slik forholder det seg også i arbeidslivet, der kvinner for en stor del befinner seg i såkalte kvinneyrker. Disse yrkene er preget av at forventninger fra den kvinnelige (seksualiserte) kjønnsrollen spiller over på yrkesrollen (Sexrole/workrole spillover (Gutek & Cohen 1987)). Det forventes av yrkeskvinner at de skal være "kvinnelige", slik sekretæren er et godt eksempel på. Og kvinner som da opplever å bli utsatt for seksuell trakassering i form av (uønskede) blikk, kommentarer eller berøring, retter følgelig kritikken innover, mot seg selv. Hva var det jeg gjorde/sa/hadde på meg, spør mange kvinner seg, og har tilsynelatende bare seg selv å klandre for at verdigheten ble krenket. Den oppfatningen bærer også omverdenen på og det kan være liten støtte å få - også blant leger.

Det er derfor lite trolig - og heller ikke påvist på bakgrunn av forskning i snart tyve år (MacKinnon 1979) - at kvinner i særlig utstrekning utsetter menn for seksuell trakassering. For det første er kvinner sjelden mannens overordnete og i stand til å kunne stille seksuelle krav til ham. For det andre ville en slik handling også ramme kvinners verdighet, siden kravene til ærbarhet også gjelder i sjefsposisjonen. Men menn kan altså bli utsatt av andre menn og slik få *sin* verdighet krenket.

Avslutning

Som nevnt innledningsvis tar jeg kroppens signaler på alvor, og leverplager gjør forbasket vondt - uansett om årsaken til plagene var vondt ment eller ikke: Mitt foredrag var virkelig ikke ment å skade noen. Men den opplysningen fjerner neppe årsakene til Nessas plager?

Like fullt er dette essensen i Nessas innlegg. Bare det som er ment ondt gjør vondt, er hans teoretiske utgangspunkt. Tanken er helt i tråd med den kulturelt rådende, mannlige moraloppfatningen som tar utgangspunkt i gjerning, men altså sterkt i strid med den uforløste kroppen hans? Er det derfor levercellene hans produserer store mengder galle til innlegget?

I så fall vil jeg i all min medisinske uvitenhet foreslå en sosiologisk behandling: Så vidt jeg husker fra biologitimen, så kan leveren også lagre vitaminer og jern? Nessa proklamerer at allmennmedisinen skal holde fast på "gamle dyder og ideal", uten at han spesifiserer nærmere hva han mener. Kanskje ville et kjønnsperspektiv på den dyden Nessa forsvarer regelrett være en vitamininnsprøytning som bedret allmenn-tilstanden.

Litteratur:

1. Brantsæter & Widerberg reg. (1992): Sex i arbeid(et). Oslo: Tiden forlag.
2. Frøberg, Sissel (1992): (Be)driftskultur. I Sex i arbeid(et) Brantsæter & Widerberg. Oslo: Tiden forlag.
3. Gutek, Barbara (1987). Seksuel chikane - et tabu i arbejdslivet. Teknisk forlag.
4. Haug, Frigga (1990): Moralens tvekjønn. Sosiologi i dag nr. 3.
5. Holter, Øystein (1990): "Mennene i arbeidsdelingen". I Runa Haukaa (red): Kvinnelig, mannlig viten og visjoner. Oslo: Friundervisningens forlag.
6. MacKinnon, Catharine (1979): Sexual harassment of working women. New Haven and London: Yale University press.

Sosiolog/forsker
Sisse Frøberg
Siggerudveien 696
1400 SKI ❑

DEBATT innlegg

Hvem diller?

Peter Arnesen er spesialpsykolog ved BUP/Vest Agder Sentralsykehus. Han har vært PP-rådgiver i 10 år, har arbeidet innen voksenpsykiatrien og har arbeidet 1 1/2 år ved Birkelid Spesialpedagogiske Senter (utredning av ADHD). Han sitter i fylkesfagrådet for MBD-foreningen i V. Agder.

Av Peter Arnesen

I lett dilettantisk stil får vi i Utposten 4/92 lese om hvordan man diagnostiserer ADHD på Klepp på Jæren. Mor bare diller! Hvor lenge må vi slite med dette MBD-ordet og alle de morsomme ordspillene en kan lage?

Hvis meningen med artikkelserien "slik gjør vi det hos oss" er å gi innblikk i behandlingshverdagen i distrikts-Norge, så er det kanskje lov å komme med kommentarer og ros eller ris?

Jeg synes Olav Lunde skriver mye fornuftig om tverrfaglig arbeid. Det er ikke bare familien som må fungere som en strukturell helhet, det er også viktig at det primære helseapparatet gjør det. Jeg synes også det er fint at man på Klepp har klart å bli så presise mht. tiltakssiden. Det er flott med konkretiserbare ting; en får tydeliggjort tiltakene og en sørger for at noe skjer ved hjelp av de midler en til sammen rår over. Behandling er noe som kan foregå i nærmiljøet, så tidlig som mulig, og en er ikke avhengig av "fancy" behandlingsopplegg i fjerne institusjoner.

Olav Lunde skriver at de fant få "rene" ADHD-barn. *Det* bekymrer meg. Det er liten tvil om at disse barna også finnes på Klepp. Det var lite refleksjon i artikkelen omkring hvorfor de fant så få. Kan det ha noe å gjøre med at metodene tross alt ble for lette?

Det går fram av artikkelen at man var i ferd med å oppdatere seg på problemet. Flott!

Oppdaterer man seg, blir en gjerne faglig forsiktig, greitt nok det, men Olav Lunde er ikke forsiktig mht. hvilke metoder han forkaster. Her er han ganske kategorisk, og en sitter igjen med inntrykket av at man på Klepp ble godt fornøyd med en spørreskjemabasert screening-metodikk, psykologens undersøkelse i det første møtet osv. Andre metoder synes å ha "liten interesse". Jeg fikk behov for å komme med motforestillinger.

Barn med ADHD representerer en sammensatt gruppe, men felles for dem alle er at de har symptomer som er knyttet til dysfunksjonelle tilstander i CNS. I de fleste tilfeller genetisk betinget - noen få har skader. De har vansker i relasjon til omverdenen som er forenlige med tilstandens etiologi, dvs. at de har vansker med prosessering av informasjon, de er impulsive, har problemer med å vedlikeholde konsentrasjon, og en del har også motoriske problemer - bl.a. hyperaktivitet. De er satt sterkt tilbake allerede i starten av sin utvikling i vårt opplæringsbaserte, teknologiske samfunn, og det er de sekundære følgene av tilstanden (faglig tilkortkomming, negativt selvbilde etc.) som er den største trusselen mot disse barnas livsløp. Det er derfor det er så viktig å finne dem. Alle sammen!

Det er ganske mange av dem. Prevalenstall har variert, men det er vel i dag faglig enighet litt over 5 %. Helsemessig vil derfor ADHD representere en av de større truslene mot barns generelle utvikling i vestlige land. Det er derfor fint at primærhelsetjenesten begynner å arbeide mer seriøst med disse barna, men en må ikke velge for lette metoder.

Personlig arbeider jeg med ADHD-problematikk, og har i vel 2 1/2 år brukt DSM III-skjema til barn med mistanke om ADHD. En fanger nok opp alle ADHD-barna, men får samtidig med en rekke andre tilstander (forsinket utvikling, lærevansker, depresjon) - mao. mange falske positive. Andre skjema (som f. eks. Conners Teacher Rating Scale) kan være verdifulle, men alle disse metodene er subjektive og upålitelige i en diagnostiseringsprosess. De kan derimot være vel egnet til å sam-

menligne tilstanden fra vår til høst f. eks.

Den sentralnervøse aktiveringsproblematikken som er et vesentlig element i den mest typiske ADHD-tilstanden, vil forårsake at barna blir vanskelige å identifisere i det første møtet. Ofte vil det å komme på et legekontor aktivere disse barna så mye at de faktisk normaliserer atferden sin (falske negative). En del av dem er imidlertid ikke i stand til å modulere atferden, og snur kontoret opp ned på 5 minutter. For legen eller psykologen er det viktig å vite at det ikke bare er ADHD-barn som kan finne på slikt. Barn med emosjonelle vansker (angst, depresjon) vil kunne ha lik symptomatologi.

Når en skal utrede ADHD, må en ta i bruk slike screeningmetoder som Olav Lunde viser til, men en må bruke dem med varsomhet, og en må supplere med tyngre metoder - dem Lunde har "liten interesse" av. Strukturert atferdsobservasjon i barnets naturlige miljø, gjerne under varierte betingelser, er en slik metode. Nevropsykologiske undersøkelser *bør* utføres, og videre bør en ha utredet behovet for normalisering av CNS-funksjon mht. aktivering ved hjelp av sentralstimulantia. Har en ikke tilgang på metoder som kan teste dette ut direkte (psykofysiologisk testing) bør en prøve det ut i praksis gjennom atferdsobservasjon i et placebo-design. Førstelinje bør bli flinkere til å anvende evalueringsteknikker for barns psykiske status, slik at en kan foreta differensialdiagnostiske betraktninger.

Ingen av disse metodene er uoverkommelige i et tverrfaglig førstelinjearbeid. Nevropsykologiske metoder er dessuten i økende grad tilgjengelige for nærmiljøet. Lykke til!

Spesialpsykolog
Peter Arnesen
BUP
Vest-Agder Sentralsykehus
4604 Kristiansand

❑

172

SLIK GJØR VI DET HOS OSS

Er det sant at mor bare diller?

Et forsøk på tverrfaglig MBD-diagnostisering i førstelinjetjenesten i Klepp kommune

Av Olav Lunde

Olav Lunde har vært skolepsykolog knyttet til Sør Jæren PPT fra 1972. Fra 1978 har han vært knyttet til Klepp kommune. Han er magister i pedagogikk fra Oslo 1972. Han var forskningsassistent NAVF. Han har skrevet boka "Matematikkvansker 1-3 klasse" og arbeider med et manus: "Data i spesialundervisning." Han er med i lokalt MBD team. Han har også vært med i MBD-teamet for Rogaland fylke, som har kommet med forslag til oppbyggingav kompetanse på området.

"Tror du det kan være MBD?"

Bekymrede foreldre stilte spørsmålet til skolelegen, til helsesøster, til PPT, til fysioterapeut, til lærere. Og lærerne tok runden med PPT, skolelegen... Og vi sa "tja, kanskje", lurte på hva dette MBD (Meget Besynderlig Diagnose) var for noe, henviste til 2. -linjetjenesten - og fikk beskjed om 2 års ventelisté.

"Jeg har lest at MBD-barn er..... og det passer jo helt. Hva skal vi gjøre?"

Det visste vi ikke.

Vi var: barnelege Randi Schreiner, fysioterapeut Antje Aarthun, helsesøster Martha Orstad og skolepsykolog Olav Lunde.
Det var jo tydelig at barnet hadde problemer, - og skolen/barnehagen og foreldrene også. Noe var galt, men hva? Vi kunne vel ikke gi råd ut fra skublader og "Det Beste"? Og MBD hadde vi jo så vidt hørt om i studietiden.

Vi satte oss ned, drakk kaffe og tenkte.....

Oppbygging av kompetanse: "Tenke likt".

Vi måtte vite mer om MBD.

Resultatet ble at vi 4 avsatte 2 timer en dag i uken til å lese bøker og artikler om MBD (og alle de andre bokstavene), diskutere og systematisere kunnskapen, delta på kurs o.l. Dette fikk vi godkjent av våre arbeidsgivere. Resultatet ble at vi i tillegg til detaljkunnskap om MBD også utviklet en "lik måte" å tenke på og en enighet om hva vi ville gjøre. "Filosofien vår" ble slik.

Vi tar utgangspunkt i samspillet mellom barnet og omverdenen. Det første vi må forholde oss til er selve symptomene her og nå og forsøke å redusere disse. Dessuten må vi forsøke å forebygge senere vansker, og unngå at tiltakene vi setter i gang skaper senere vansker.

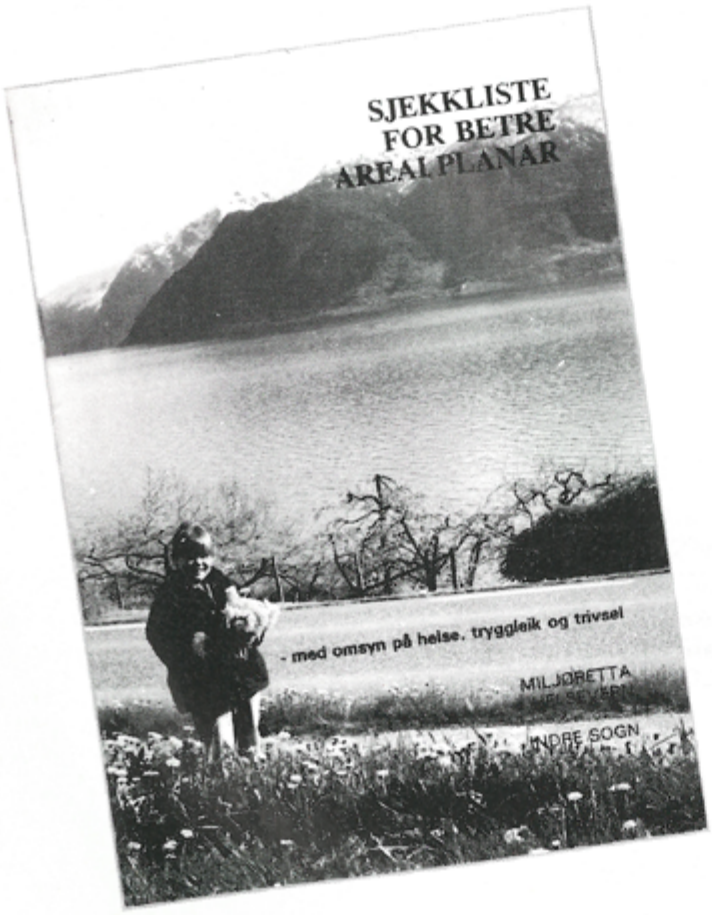
Det vi ønsket oss var et fast team for MBD utredning/behandling i Klepp. Og det fikk vi aksept for. Vi startet opp i januar -90

UTPOSTEN 1992; 21 (4)

Sjekkliste for betre arealplanar

Sjekkliste for betre arealplanar - med omsyn på helse, tryggleik og trivsel. Utarbeidet av prosjektleder siv.ing. Halvor Kr. Halvorsen, Miljøretta helsevern i Indre Sogn (MHIS).

Fra Indre Sogn har det dukket opp et 30 siders hefte i A4-format som vil være et nyttig hjelpemiddel for alle kommuneleger i små og mellomstore kommuner som vil medvirke til at helseaspektet blir ivaretatt i den kommunale arealplanleggingen.
MHIS er et samarbeid mellom kommunene Aurland, Balestrand, Vik, Leikanger, Årdal, Luster, Lærdal og Sogndal. I arbeidet med skjekklisten har MHIS fått hjelp av planavdelingen ved Sogn og Fjordane fylkeskommune, Fylkesmannens miljøvernavdeling, Indre Sogn Interkommunale Servicekontor (ISIS) og Fylkeslegen i Sogn og Fjordane.
Målgruppen for sjekklisten er først og fremst kommunale helse- og sosialutvalg og kommunehelsetjenesten, men den er også tiltenkt kommuneplanleggere, teknisk etat, miljøvernledere og representanten for barn og unge i bygningsrådet.
I henhold til paragraf 1-4 i kommunehelseloven skal helsetjenesten medvirke til at helsemessige hensyn blir ivaretatt av andre offentlige organer bl.a. gjennom deltakelse i samarbeidsorganer. Slikt arbeid har vi som kommuneleger lært lite eller intet om i studietiden. I en travel hverdag som kombinasjonsdoktor i en vanlig (=liten) kommune vil en kanskje føle seg usikker på hva helsetjenesten skal uttale seg om og når den skal gi uttale i arealsaker. Sjekklisten vil da være et nyttig hjelpemiddel. Som det blir sagt i den generelle innledningen har helsesiden i arealplansaker ingen høringsinstans på høyere forvaltningsnivå. Derfor er det viktig at helseaspektet blir ivaretatt på kommunenivå.



Etter den generelle innledningen som gir veiledning i bruk av skjekklisten, kommer selve listen på 12 sider inndelt i følgende 5 avsnitt: Generelle vurderinger, Bomiljø, Trivsel og rekreasjon, Ulykker og Forurensning. Hvert avsnitt har flere spørsmål i stikkordsform og har dessuten utfyllende kommentarer som enhver saksbehandler kan bruke for å underbygge sine argumenter i saksbehandlingen. For de som ønsker mer utdypende informasjon er det bak i heftet listet opp nasjonale kompetansesentra som kan kontaktes. Det er også en referanseliste til aktuell litteratur. Denne kunne vært noe lenger og da supplert med mer helsefaglig stoff. Av i alt 22 referanser er 4 fra Helsedirektoratet og hele 10 fra Miljøverndepartementet!

Til slutt i heftet er det en innføring i de forskjellige faser av arealplanleggingen (kommuneplanens arealdel, kommunedelplan, reguleringsplan, bebyggelsesplan og enkeltsak) og en gjennomgang av aktuelle lover.

Sjekklisten er brukervennlig d.v.s. tynn og lettlest. På en lettfattelig måte gir den rettledning i hvordan helsetjenesten kan og skal fremme sine synspunkter i arealplanleggingen.

Sjekkliste for betre arealplanar kan bestilles hos Fylkeslegen i Sogn og Fjordane, 5840 Hermannsverk, tlf. 056 55500.

Kommunelege
Richard Jacobsen
5700 Voss

❑

Foto: Kari Gorwitz

infodoc

Tilbyr journalløsninger til deg som tenker selv.

Infodoc AS
Postboks 122
5042 FJØSANGER
Tlf.: 05121990

Jorunn Rød Kristiansen
Postb. 61

2051 JESSHEIM

1870

C

Returadresse:
UTPOSTEN
5890 Lærdal

Innhold: UTPOSTEN nr. 6 1992

Leder side 243
Gunn Aadland og Marit Hafting

Nå er du her, min mørke skog side 245
Dikt av Tor Obrestad

Svangerskapsomsorg i forandring side 246
Eli Brevig, Arne Eikås og Eli Berg

Svangerskapsomsorg sett med en jordmors øyne side 248
Majsan Victorzon

Brosjyrer som deles ut ved svangerskapskontrollene side 251
Majsan Victorzon

Hverdagsklinikk: Jerntilskudd i svangerskapet side 252
Benedicte Eskeland

Kasuistikkspalten side 255
Gunn Aadland

Hverdagsklinikk: Svangerskapskontroller i en internasjonal praksis side 256
Birgit Lie

Hverdagsklinikk: Bekkenløsning side 258
Marit Hafting i samtale med fysioterapeutene Jorunn Ytrefjord og Kari Aarseth.

Det tidlige samspillet side 261
Frode Heian

"I begynnelsen var ordet . . ." Tanker om arbeid i en perinatalkomité - post festum. side 264
Mona Søndenaa

Familierettet allmennpraksis side 266
Tor Wold

Cadillac - syndromet side 268
Petter Øgar

Bokmelding: Spedbarnsalderen side 273
Ida Garløv

Forskning om barn i Norge side 274
Per Egil Mjaavatn

Tilbake til det medisinske faderhuset - Om helsebegrepet og allmennmedisinerens oppgaver side 276
Sverre Lundevall

Om lever og seksuell trakassering - Debattinnlegg side 282
Sissel Frøberg

Hvem diller - Debattinnlegg side 284
Peter Arnesen

Bokmelding: Sjekkliste for betre arealplanar side 286
Richard Jacobsen

WWF Miljø - 100 % returfiber

BILLIGSTE SYNONYM

Prissammenligning pr. 01.09.92 for enkelte pakningsstørrelser.
NM-preparater som omfattes av «synonympreparatordningen», er merket S.

	Preparat	Leverandør	Styrke	Pakning	Preparattype	Priser (kr.) fra apotek	Prisindex pr. dose
	Amoxicillin	**NM** Pharma	250 mg	100 kaps.	Aminopenicillin	**252,30**	100,0
	Amoxillin	AL	250 mg	100 tabl.	»	356,40	141,3
	Imacillin	Astra	250 mg	100 tabl.	»	370,20	146,7
S	**Atenolol**	**NM** Pharma	50 mg	100 tabl.	Betablokker	**167,90**	100,0
	Uniloc	Nycomed Pharma	50 mg	100 tabl.	»	168,80	100,5
	Alinor	AL	50 mg	100 tabl.	»	171,90	102,4
	Corato!	Weifa	50 mg	98 tabl.	»	168,80	102,6
	Tenormin	ICI	50 mg	98 tabl.	»	384,70	233,8
S	**Azatioprin**	**NM** Pharma	50 mg	100 tabl.	Immunosuppressivum	**213,30**	100,0
	Imurel	Wellcome	50 mg	100 tabl.	»	237,40	111,3
S	**Baklofen**	**NM** Pharma	10 mg	50 tabl.	Spasmolytikum	**80,50**	100,0
	Lioresal	Ciba	10 mg	50 tabl.	»	105,80	131,4
S	**Diltiazem**	**NM** Pharma	60 mg	100 tabl.	Kalsiumantagonist	**172,70**	100,0
	Kardil	Orion	60 mg	100 tabl.	»	235,60	136,4
S	**Indometacin**	**NM** Pharma	25 mg	100 kaps.	Antiflogistikum	**74,80**	100,0
	Confortid	Dumex	25 mg	100 kaps.	»	93,90	125,5
	Indocid	MSD	25 mg	100 kaps.	»	113,60	151,9
S	**Isosorbid** (Mononitrat)	**NM** Pharma	20 mg	100 tabl.	Nitropreparat	**134,60**	100,0
	Monoket	Kabi Pharmacia	20 mg	100 tabl.	»	140,00	104,0
	Ismo	Boehringer Mannheim	20 mg	100 tabl.	»	210,20	156,2
	Karbamazepin	**NM** Pharma	200 mg	200 tabl.	Antiepileptikum	**153,50**	100,0
	Tegretol	Geigy	200 mg	200 tabl.	»	241,60	157,4
S	**Ketoprofen**	**NM** Pharma	100 mg	100 kaps.	Antiflogistikum	**209,20**	100,0
	Orudis	Rhône-Poulenc Rorer	100 mg	100 kaps.	»	369,60	176,7
	Klomipramin	**NM** Pharma	25 mg	100 tabl.	Antidepressivum	**96,10**	100,0
	Anafranil	Geigy	25 mg	100 tabl.	»	168,50	175,3
	Klotrimazol	**NM** Pharma	1 %	20 g krem	Antimykotikum	**29,40**	100,0
	Canesten	Bayer	1 %	20 g krem	»	50,60	172,1
S	**Labetalol**	**NM** Pharma	200 mg	100 tabl.	Alfa- og betablokker	**166,50**	100,0
	Trandate	Allenburys	200 mg	100 tabl.	»	270,50	162,5
	Laktulose	**NM** Pharma	667 mg	1000 ml	Avføringsmiddel	**101,90**	100,0
	Duphalac	Ferrosan A/S	667 mg	1000 ml	»	106,10	104,1
	Levolac	Laevosan	670 mg	1000 ml	»	114,00	111,9
	Metoprolol	**NM** Pharma	50 mg	100 tabl.	Betablokker	**92,00**	100,0
	Seloken	Hässle	50 mg	20 tabl.	»	43,10	234,2
S	**Naproxen**	**NM** Pharma	250 mg	100 tabl.	Antiflogistikum	**131,30**	100,0
	Alpoxen	AL	250 mg	100 tabl.	»	131,30	100,0
	Naproxen	Weifa	250 mg	100 tabl.	»	135,70	103,4
	Napren	Nycomed Pharma	250 mg	100 tabl.	»	278,20	211,9
	Naprosyn	Syntex	250 mg	100 tabl.	»	298,00	227,0
S	**Naproxen-E**	**NM** Pharma	250 mg	100 tabl.	Antiflogistikum	**242,30**	100,0
	Naprosyn Entero	Syntex	250 mg	100 tabl.	»	254,20	104,9
	Napren-E	Nycomed Pharma	250 mg	100 tabl.	»	362,10	149,4
S	**Nifedipin**	**NM** Pharma	10 mg	100 kaps.	Kalsiumantagonist	**184,80**	100,0
	Adalat	Bayer	10 mg	100 kaps.	»	251,30	136,0
S	**Piroxicam**	**NM** Pharma	20 mg	100 tabl.	Antiflogistikum	**311,30**	100,0
	Pirox	AL	20 mg	100 tabl.	»	319,40	102,6
	Felden	Pfizer	20 mg	100 tabl.	»	721,20	231,7
S	**Tamoxifen**	**NM** Pharma	20 mg	100 tabl.	Antiøstrogen	**670,00**	100,0
	Tamofen	Leiras	20 mg	100 tabl.	»	670,10	100,0
	Nolvadex	ICI	20 mg	100 tabl.	»	1199,50	179,0

NM Pharma – alternativet fra Kabi Pharmacia

For øvrige opplysninger, se Felleskatalogen.

Preparater fra NM Pharma pr. 1.09.92

Generiske preparater – generiske navn

For øvrige opplysninger, se Felleskatalogen.

Preparat	Styrke	Pakning	Pris (kr)
Amoxicillin kaps. NM	250 mg	20 boks	65,00
Amoxicillin kaps. NM	250 mg	30 boks	88,20
Amoxicillin kaps. NM	250 mg	40 boks	111,40
Amoxicillin kaps. NM	250 mg	100 boks	252,30
Amoxicillin kaps. NM	500 mg	4 boks	32,70
Amoxicillin kaps. NM	500 mg	9 boks	60,00
Amoxicillin kaps. NM	500 mg	20 boks	114,70
Amoxicillin kaps. NM	500 mg	30 boks	159,50
Amoxicillin kaps. NM	500 mg	40 boks	204,20
Amoxicillin kaps. NM	500 mg	100 boks	470,60
Atenolol tabl. NM	25 mg	28 enpac	45,10
Atenolol tabl. NM	25 mg	98 enpac	119,40
Atenolol tabl. NM	50 mg	28 datopak	53,70
Atenolol tabl. NM	50 mg	98 datopak	172,30
Atenolol tabl. NM	50 mg	100 boks	167,90
Atenolol tabl. NM	100 mg	28 datopak	73,80
Atenolol tabl. NM	100 mg	98 datopak	240,20
Atenolol tabl. NM	100 mg	100 boks	235,20
Azatioprin tabl. NM	25 mg	50 boks	70,80
Azatioprin tabl. NM	50 mg	100 boks	213,30
Baklofen tabl. NM	10 mg	50 enpac	80,50
Baklofen tabl. NM	25 mg	50 enpac	169,40
Diltiazem tabl. NM	60 mg	100 boks	172,70
Indometacin kaps. NM	25 mg	30 enpac	29,80
Indometacin kaps. NM	25 mg	100 reum.boks	74,80
Isosorbid tabl. NM	20 mg	30 boks	50,10
Isosorbid tabl. NM	20 mg	100 boks	134,60
Karbamazepin tabl. NM	100 mg	100 boks	53,20
Karbamazepin tabl. NM	200 mg	50 enpac	46,90
Karbamazepin tabl. NM	200 mg	200 boks	153,50
Ketoprofen kaps. NM	50 mg	30 enpac	45,10
Ketoprofen kaps. NM	50 mg	100 reum.boks	116,90
Ketoprofen kaps. NM	100 mg	10 enpac	34,20
Ketoprofen kaps. NM	100 mg	30 enpac	71,60
Ketoprofen kaps. NM	100 mg	100 reum.boks	209,20
Klomipramin tabl. NM	10 mg	30 enpac	24,30
Klomipramin tabl. NM	10 mg	100 boks	58,50
Klomipramin tabl. NM	25 mg	30 enpac	38,10
Klomipramin tabl. NM	25 mg	100 boks	96,10
Klotrimazol krem NM	1 %	20 g tube	29,40

Preparat	Styrke	Pakning	Pris (kr)
Labetalol tabl. NM	100 mg	100 boks	100,20
Labetalol tabl. NM	200 mg	100 boks	166,50
Labetalol tabl. NM	400 mg	100 boks	303,30
Laktulose miks. NM	667 mg	200 ml pl.fl.	29,80
Laktulose miks. NM	667 mg	500 ml pl.fl.	60,80
Laktulose miks. NM	667 mg	1000 ml pl.fl.	101,90
Metoprolol tabl. NM	50 mg	100 boks	92,00
Metoprolol tabl. NM	100 mg	100 boks	147,90
Naproxen tabl. NM	250 mg	20 enpac	33,50
Naproxen tabl. NM	250 mg	25 reum.boks	39,70
Naproxen tabl. NM	250 mg	50 enpac	70,40
Naproxen tabl. NM	250 mg	100 reum.boks	131,30
Naproxen tabl. NM	500 mg	10 enpac	32,70
Naproxen tabl. NM	500 mg	50 enpac	127,10
Naproxen tabl. NM	500 mg	100 reum.boks	244,60
Naproxen-E enterotabl. NM	250 mg	20 enpac	56,40
Naproxen-E enterotabl. NM	250 mg	50 enpac	126,30
Naproxen-E enterotabl. NM	250 mg	100 reum.boks	242,30
Naproxen-E enterotabl. NM	375 mg	20 enpac	77,90
Naproxen-E enterotabl. NM	375 mg	100 reum.boks	350,10
Naproxen-E enterotabl. NM	500 mg	10 enpac	53,90
Naproxen-E enterotabl. NM	500 mg	50 enpac	233,20
Naproxen-E enterotabl. NM	500 mg	100 reum.boks	456,20
Nifedipin kaps. NM	5 mg	100 enpac	104,00
Nifedipin kaps. NM	10 mg	100 enpac	184,80
Piroxicam kaps. NM	10 mg	20 enpac	39,40
Piroxicam kaps. NM	10 mg	100 reum.boks	155,90
Piroxicam kaps. NM	20 mg	10 enpac	38,50
Piroxicam kaps. NM	20 mg	30 enpac	96,70
Piroxicam tabl. NM	10 mg	20 enpac	40,60
Piroxicam tabl. NM	10 mg	100 reum.boks	161,80
Piroxicam tabl. NM	20 mg	10 enpac	39,70
Piroxicam tabl. NM	20 mg	20 enac	70,00
Piroxicam tabl. NM	20 mg	100 reum.boks	311,30
Tamoxifen tabl. NM	10 mg	100 boks	380,40
Tamoxifen tabl. NM	20 mg	30 boks	216,50
Tamoxifen tabl. NM	20 mg	100 boks	670,00
Tamoxifen tabl. NM	30 mg	30 boks	314,10
Tamoxifen tabl. NM	30 mg	100 boks	961,10
Tamoxifen tabl. NM	40 mg	30 boks	389,90

NM Pharma

Gjerdrums vei 10B, 0486 Oslo. • Tlf.: (02) 18 41 21. • Fax: (02) 18 41 29.